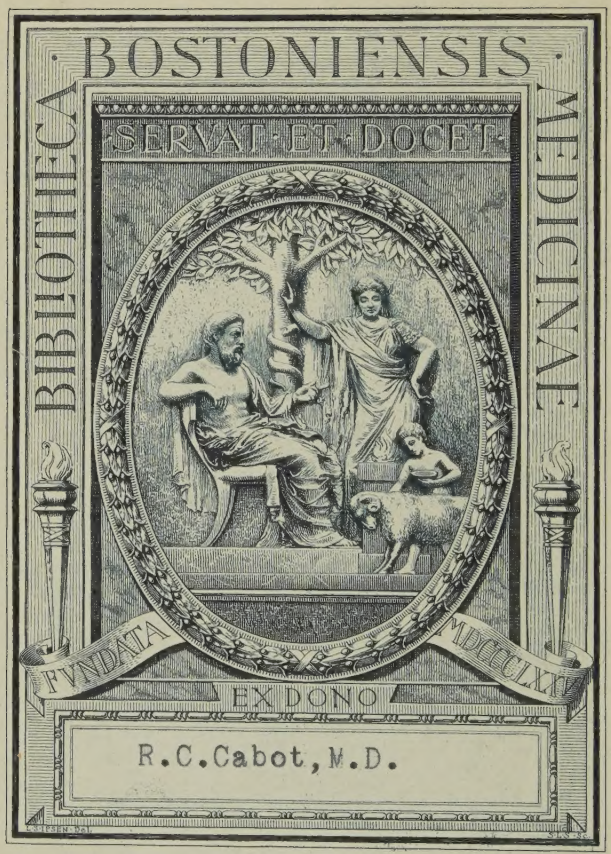
COUNTWAY LIBRARY
HC 2BBT


BIBLIOTHECA · BOSTONIENSIS · MEDICINAE
SERVAT · ET · DOCET
FVNDATA MDCCCLXXV
EX DONO
R.C.Cabot, M.D.

LES AFFECTIONS
DU
SYSTÈME DIGESTIF
EN NEUROPATHOLOGIE

DU MÊME AUTEUR

Neurasthénie et psychothérapie. Genève, 1902, Kundig, éditeur.

Les conséquences du nervosisme dans la société moderne. 1907 (Conférence faite au Palais Saint-Pierre, à Lyon ; et à l'Aula de l'Université, à Genève).

La Psychothérapie rationnelle. 2e édition, Genève, 1907, Kundig, éditeur.

Conseils aux nerveux et à leurs familles. 3e édition, Genève, 1908, Kundig, éditeur.

Rad till Nervsvaga och deras Närmaste. Stockholm, Norstedt och Sôners Förlag.

Raadgevingen aan Zenuwlijders. Amsterdam, F. van Rossen.

Die psychologische Auffassung der Nervosität. Halle-a-S. Verlag von Max Niemeyer.

LES AFFECTIONS

DU

SYSTÈME DIGESTIF

EN NEUROPATHOLOGIE

LEÇONS FAITES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE

PAR

LE Dr H. ZBINDEN

Privat-Docent de neuropathologie à l'Université
Médecin-directeur de l'Etablissement médical
du Mont-Pèlerin, sur Vevey.

PRÉFACE DU Dr J. AUCLAIR

Médecin des Hôpitaux de Paris.

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

1909

16.A.1.

Tous droits de traduction et de reproduction réservés pour tous pays.

20179

BOSTON MEDICAL LIBRARY
JAN 25 1924

PRÉFACE

A notre époque, la science médicale et la pratique de l'art de guérir sont si vastes qu'il est à peu près impossible d'avoir une connaissance approfondie de chacun de leurs points. Et, il y a dix-huit mois, si l'on m'avait invité à présenter au lecteur un travail sur « les affections du système digestif en neuropathologie », je me serais certainement récusé, alléguant mon incompétence. Mais depuis cette date, des raisons d'abord personnelles et professionnelles ensuite m'ont rendu plus familier cet intéressant sujet. Les réflexions qui vont suivre ne sont donc pas le fruit d'une théorie, mais inspirées seulement par l'observation rigoureuse des faits. Il est difficile de demander plus au médecin qui s'inspire avant tout de la méthode expérimentale. Pendant plusieurs mois, j'ai pu assister, dans la clinique de mon confrère et ami le D[r] Zbinden, à des cures que j'aurais volontiers qualifiées de merveilleuses, si le merveilleux trouvait encore sa place dans la médecine

rationnelle. J'ai vu des nerveux, des déprimés, souffrant depuis longtemps de troubles digestifs variés ; atonie de l'estomac, constipation chronique... guéris en quelques mois, voire en quelques semaines, par la méthode du médecin de Vevey. Les exemples se pressent sous ma plume, mais je n'en veux retenir qu'un seul : celui d'un jeune Espagnol, atteint depuis de longues années d'une constipation rebelle, source pour lui de maux physiques et moraux nombreux. Il avait consulté antérieurement la plupart des médecins autorisés de son pays, épuisé, sans succès d'ailleurs, toutes les ressources de la pharmacie. Après quinze jours du nouveau traitement, son intestin commençait à fonctionner normalement, et, trois semaines plus tard, le malade partait tout à fait guéri.

On s'attendrait à trouver très compliquée une méthode thérapeutique conduisant à de semblables résultats. L'expérience nous la montre au contraire d'une grande simplicité. Ses principaux éléments sont le repos, la rééducation du tube digestif, avec suralimentation lactée et la psychothérapie. On en trouvera d'ailleurs la description, faite de main de maître, dans les leçons qui vont suivre, et ce serait m'exposer à de pâles redites que de revenir longuement sur chacun d'eux. Ce traitement rejette d'une façon absolue l'usage des médicaments. Leur rôle est trop souvent ici d'entretenir et d'aggraver les troubles fonc-

tionnels des voies digestives et de concentrer l'attention du malade sur un symptôme secondaire, quand c'est l'état général et psychique qu'il faut améliorer et guérir. On est surpris de voir avec quelle facilité disparaissent des phénomènes pénibles : l'anorexie, la lenteur des digestions, la constipation, l'excitation ou la dépression nerveuse, l'insomnie, quand le sujet a retrouvé son poids normal et réappris à s'alimenter d'une façon copieuse et variée. Un des grands secrets pour réussir est de n'appliquer ce mode de traitement qu'à des cas judicieusement choisis. Les lésions organiques des voies digestives : cancer, ulcère, tuberculose, sténose pylorique avec dilatation secondaire de l'estomac, devront être soigneusement écartées.

Je désire m'étendre davantage sur un des facteurs thérapeutiques de cette méthode, auquel le Dr Zbinden attache, à juste titre, d'après moi, une grande importance : la psychothérapie. Elle a parfois encouru la critique des médecins qui l'avaient mal comprise ou insuffisamment appliquée. On connaît pourtant, de toute antiquité, l'influence du moral sur le physique, de l'esprit sur le corps ; et, le commerce des malades nous apprend qu'il en est que l'on guérit plus facilement par la parole qu'on leur adresse, que par le remède qu'on leur ordonne. Comment s'étonner, du reste, que le traitement psychique ait une telle influence sur la guérison de troubles fonction-

nels, entretenus souvent par l'idée fausse de leur gravité, quand nous le voyons aider puissamment à l'amélioration de sujets atteints de maladies organiques graves ? Chacun sait que beaucoup de patients se trouvent momentanément mieux, après la visite du médecin, même quand le rôle de ce dernier s'est borné à prononcer quelques bonnes paroles. Parfois même une visite médicale isolée peut amener l'établissement définitif de la convalescence, chez des malades dont on possède toute la confiance. Il y a plusieurs années, je fus appelé auprès d'une jeune fille souffrant depuis de longs mois d'une affection grave des voies respiratoires. Les médecins instruits et consciencieux qui la soignaient, trompés par de fausses apparences, avaient diagnostiqué de la tuberculose et porté auprès de la famille un pronostic fatal, à brève échéance. La malheureuse, alarmée de son état et de l'affliction des siens, dépérissait à vue d'œil. Malgré toutes les ressources de la thérapeutique médicamenteuse et de l'art culinaire, son appétit devenait tous les jours plus misérable. Après un examen minutieux de l'état de cette jeune fille, après une enquête approfondie de tous les incidents de sa maladie, dans laquelle je fus grandement aidé par les renseignements des médecins traitants qui assistaient à ma visite, j'écartais le diagnostic de tuberculose et me ralliais à celui de pleurésie purulente

interlobaire, du reste en voie de guérison. J'affirmais à la malade son rétablissement définitif et prochain, si elle voulait suivre à la lettre ma prescription fort simple : reprendre espoir et manger. Elle m'avoua alors que, tout en ayant fait le sacrifice de sa vie, elle était encore bien jeune pour ne pas garder au fond de son cœur un secret et ardent désir de se remettre. Elle se soumit donc à tout, reprit espoir, mangea au repas suivant autant qu'elle l'eût fait auparavant en une semaine, et quinze jours plus tard, elle était entièrement guérie. Cette jeune fille et sa famille sont restées persuadées que je lui avais sauvé la vie. En réalité, mon rôle a été beaucoup plus modeste. Fort de mon diagnostic, je n'ai fait que redonner la confiance perdue et avec elle la volonté féconde de se soigner. J'ai rapporté longuement cette observation pour montrer l'influence du traitement moral dans la guérison des maladies ; elle m'est souvent revenue à la mémoire, depuis qu'il m'a été donné de connaître les beaux résultats obtenus, grâce à cette méthode, par le D[r] Zbinden.

La psychothérapie n'est donc pas chose vaine. Elle est souvent un adjuvant puissant dans le traitement des maladies organiques, elle est presque toujours un élément thérapeutique indispensable pour conduire à la guérison de troubles purement fonctionnels, digestifs ou autres. Elle ne produira tous ses bienfaits que si elle est habile-

ment maniée par le médecin et dans un milieu favorable à la mentalité des malades. Elle demande au psychothérapeute un ensemble de qualités sans lesquelles son influence risque de rester stérile. Ces qualités sont : la patience, la douceur, un grand ascendant moral, la bonté du cœur et la finesse de l'esprit. Il faut savoir écouter longuement ces malades et montrer par son attitude que l'on compatit à leurs misères. Beaucoup parmi eux sont persuadés de l'incurabilité de leur état, et, comme il m'a été donné de le constater, cette idée souvent est entretenue par le médecin. Il faut au contraire leur inspirer la notion plus juste que tous leurs maux disparaîtront, quand ils cesseront de tant y songer et se seront soumis, avec docilité et confiance, au traitement qu'on leur apporte. Le médecin devra parler avec son cœur tout autant qu'avec son esprit, car suivant la belle expression du Dr Zbinden, les inspirations du premier guérissent parfois plus facilement que les arguments du second. Si l'esprit éclaire et convainc, c'est le cœur qui réconforte, et de tels malades ont souvent besoin d'être consolés avant d'être convaincus. La psychothérapie sera plus puissante, si son action s'exerce dans un cadre favorable à la mentalité des sujets. On éloignera ces derniers de leur milieu habituel, de leurs relations journalières, lesquels ont trop souvent pour effet de les maintenir dans leurs conceptions maladives fausses et

de neutraliser l'influence bienfaisante du médecin. Voilà pourquoi les résultats thérapeutiques obtenus dans une maison de cure bien ordonnée seront toujours supérieurs à ceux que l'on est en droit d'attendre d'un malade soigné dans son milieu. Le personnel qui seconde le médecin prolongera l'influence morale de ce dernier. Il n'est pas jusqu'aux autres malades guéris ou en voie de guérison des mêmes maux, qui ne viennent apporter leur appui et contribuer aux succès du traitement. Un malade qui souffre physiquement et moralement surtout se sent mieux compris de ceux qui ont souffert comme lui. Le fardeau de sa maladie lui semble ainsi moins lourd, et il accepte plus facilement les éléments d'une cure qui ont ramené autour de lui la joie et la santé.

J'ai écrit ces lignes avec l'unique souci de la vérité. Je remercie mon distingué confrère et ami de l'occasion qu'il m'offre de dire tout le bien que je pense de ses leçons. Quiconque les lira et suivra leurs préceptes se convaincra vite de la vérité qu'elles apportent. Sous leur forme simple, imagée, vivante, telle enfin qu'il convient, quand on s'adresse surtout aux praticiens, elles ne manqueront pas de retenir l'attention du corps médical. Je le souhaite ardemment dans l'intérêt des malades.

J. Auclair.

Paris, le 19 octobre 1908.

INTRODUCTION

Il y a deux ans, j'ai publié mes « Conseils aux nerveux » dont la 3e édition française est bientôt épuisée, et qui furent traduits en suédois, hollandais et allemand. Des confrères de divers pays m'écrivirent à ce propos, en m'exprimant tout l'intérêt qu'ils portaient à ma publication. Or, je n'avais écrit mon petit livre qu'à l'usage de mes malades, en ayant soin d'éviter les expressions médicales, et en abrégeant le côté clinique de la question.

Aujourd'hui, en publiant ces « Leçons sur les affections du système digestif en neuropathologie », j'espère apporter des documents, qui feront mieux comprendre notre mode de traitement.

Tout en donnant au traitement moral la place d'honneur qu'il mérite, j'ai tenu à signaler l'importance qu'il y avait à faire un diagnostic différentiel précis et à prendre une anamnèse complète. Ces conditions sont essentielles

pour éviter certaines erreurs, et pour obtenir des résultats efficaces. En me basant sur les découvertes de Pawlow, j'ai démontré les conséquences cliniques qui en découlent.

Il est difficile de rapprocher des expériences physiologiques et des faits cliniques. Souvent le savant de laboratoire s'est trouvé en désaccord avec le clinicien ; mais, dans le cas particulier, les analogies étaient si grandes que je n'ai pas pu résister à la tentative d'établir un point de comparaison.

Pour ce qui concerne la partie physiologique de mon travail, j'ai puisé les renseignements nécessaires dans les « Éléments de Physiologie » de Ferdinand Laulanié, ce regretté savant, qui fut mon ami personnel et qui m'apprit tant de choses, au cours des conversations que nous eûmes ensemble les derniers temps de sa vie.

Qu'il reçoive encore ici l'expression de ma vénération et de ma grande affection.

Au point de vue clinique, je me suis inspiré des idées de Dubois, de Berne, dont je fus un disciple de la première heure, et pour lequel j'ai toujours conservé la plus complète admiration.

Les principes de thérapeutique exposés dans ce livre m'ont donné des résultats si favorables, que j'ai pensé faire œuvre utile en les publiant.

En terminant cette introduction, je remercierai sincèrement mon confrère et ami, M. le Dr J. Auclair, médecin des hôpitaux de Paris, qui a bien voulu écrire la préface de cet ouvrage, ainsi que mes éditeurs, MM. Masson et Cie, qui ont mis tant de soins à sa publication.

Vevey, octobre 1908.

Dr Zbinden.

LES AFFECTIONS
DU
SYSTÈME DIGESTIF

LEÇON I

La pathologie des affections digestives fonctionnelles. Importance d'une conception médicale rationnelle.

La médecine évolue, un travail immense s'accomplit chaque jour et nous avons tout droit d'espérer que nous marchons à la conquête de la vérité.

La chirurgie est une arme puissante dans le traitement de certaines affections organiques, la bactériologie nous a permis de déceler la cause et l'origine des maladies infectieuses.

La médecine interne, par contre, semble tâtonner, au

dire du public. — On ne se doute pas de l'importance des recherches cliniques qui se font dans les services de médecine interne, on ne juge qu'aux résultats.

Il y a là une certaine injustice à l'égard des médecins internes; mais, que voulez-vous, nos semblables n'apprécient pas le travail scientifique purement théorique, ils demandent avant tout à être guéris ou soulagés.

Tout en appréciant le labeur consciencieux que représentent les recherches cliniques, en médecine interne, nous devons reconnaître que, pratiquement, on serait en droit d'attendre d'elle davantage.

Les cliniciens eux-mêmes le comprennent, et vous les voyez peu à peu laisser de côté la question du traitement de la maladie.

On apprend aux étudiants à faire un diagnostic, puis on les renvoie à la pharmacologie pour choisir le médicament approprié.

C'est ainsi que le jeune praticien est appelé à se créer une opinion en thérapeutique, en essayant l'arsenal des remèdes que l'on met à sa disposition.

Le nombre des médicaments augmente de jour en jour, les fabriques de produits chimiques s'efforcent d'exploiter les malades et les médecins, et c'est au milieu de telles conditions que le praticien est appelé à exercer son art. L'influence de cet état de choses se fait surtout sentir

dans la thérapeutique des affections digestives fonctionnelles, dont on comprend souvent mal la pathologie.

Le Pr Déjerine disait un jour que 75 pour 100 des malades de l'estomac sont créés par les médecins. Cette appréciation n'est point exagérée, quand on examine la question sans parti pris.

Depuis longtemps, j'ai été frappé du fait que certains médecins, qui se disent spécialistes pour les maladies digestives, n'avaient qu'une clientèle restreinte et faisaient peu de bonnes cures ; tandis que d'autres confrères, qui ne voulaient point être spécialistes, guérissaient de nombreux malades de ce genre, s'assurant ainsi une très grande clientèle.

Ce fait, que l'on constate journellement, nous fait toucher du doigt le danger qu'il y a d'être spécialiste.

Quand un malade vient le consulter, le spécialiste braque immédiatement son attention sur l'estomac, sur l'intestin, ou sur toute autre partie du corps de son client. — Il oublie qu'il a devant lui un semblable et ne songe qu'à l'organe.

« Vous avez l'estomac malade, dit-il à son client, c'est très bien, nous allons recourir au déjeuner d'essai, puis nous verrons si nous devons faire usage des lavages d'estomac, du régime, ou de purgatifs. »

En tenant ce langage, le praticien oublie l'un des prin-

cipes fondamentaux de la biologie humaine, c'est que l'homme n'est pas un sujet de laboratoire, qu'il ne réagit pas seulement aux réactions physico-chimiques, mais que toutes les fonctions de son organisme sont intimement liées à sa vie psychique, et qu'une simple parole pourra faire plus de bien, et souvent moins de mal qu'une année de régime.

Il y a quelques mois, une guérison fit grand bruit à Valence, en Espagne. — Il s'agissait de M. G..., âgé de 40 ans, qui souffrait de troubles digestifs depuis plusieurs années. Il avait vu nombre de spécialistes et la plupart des autorités médicales de notre époque. Chacun avait prescrit du régime et un remède approprié, chacun surtout avait donné à l'ensemble des symptômes un nom spécial.

Pour les uns, c'était de la dyspepsie ou de la dilatation d'estomac, pour d'autres, tout provenait de la constipation habituelle contre laquelle il fallait ordonner des laxatifs et des lavages du tube intestinal. Finalement, on lui avait découvert une entérite muco-membraneuse qu'il fallait combattre par des désinfectants de l'intestin.

Mettez-vous à la place de ce malade, et demandez-vous ce que vous auriez pensé de la médecine et des médecins, en face de diagnostics et de traitements aussi différents !

Ce pauvre homme était profondément découragé; il vint me voir pensant jouer son dernier atout. Je l'examinai consciencieusement : il était grandement amaigri, mais je ne pus pas constater de lésion organique.

Après l'avoir examiné, je l'écoutai pendant près d'une heure. Il me raconta tous les traitements qu'il avait suivis sans succès. On lui avait prescrit beaucoup de remèdes, un régime sévère. Il avait été en vain dans plusieurs villes d'eaux. Le résultat final était qu'il maigrissait de jour en jour, qu'il n'avait plus de force, que ses symptômes augmentaient d'intensité, et qu'il avait une telle anxiété qu'il ne pouvait plus dormir.

Je commençai par rassurer ce malheureux, comme je pouvais le faire en toute conscience, puisque je n'avais trouvé chez lui que des troubles fonctionnels; puis je lui parlai en ces termes :

« Désirez-vous vraiment vous guérir? — Certainement, docteur, puisque j'ai fait un long voyage pour venir vous consulter. — Êtes-vous prêt pour cela à suivre à la lettre toutes les prescriptions que je vais vous donner? — Je vous promets de faire preuve de la soumission la plus complète. — Dans ces conditions, nous avons tout lieu d'espérer que nous allons vous guérir. — Combien faudra-t-il de temps? — Je ne peux pas vous fixer le temps, mais je peux vous dire que j'ai vu des malades

comme vous se rétablir en deux ou trois mois ; votre maladie n'est pas grave, elle est très pénible, vous a fait beaucoup souffrir, mais on s'en guérit parfaitement. Je considère vos maux d'estomac, votre constipation, tous vos symptômes, en un mot, comme secondaires. Vous êtes un malade affaibli, et mon premier but sera de vous fortifier. Nous n'aurons pas besoin pour cela de remèdes ou de spécialités, mais seulement d'une bonne alimentation. Pendant les premiers jours, je vous donnerai du lait toutes les deux heures. Je tiens à ce que vous vous habituiez à prendre du lait, car ce sera pour nous un puissant moyen de suralimentation. Au bout d'une semaine environ, nous passerons à la suralimentation. Vous aurez vos trois repas et du lait à 10 heures du matin, ainsi qu'à 4 heures et 9 heures du soir. Ne vous inquiétez nullement de vos symptômes, nous ferons ainsi la rééducation de votre système digestif et vous les verrez disparaître d'eux-mêmes. Je vous conseille en outre de garder le lit jusqu'à ce que vous ayez retrouvé votre poids normal, car le repos complet facilitera certainement votre guérison. »

Ce malade commença immédiatement sa cure. Au bout de six semaines, il avait retrouvé son poids normal, et, après deux mois et demi, il rentrait dans son pays parfaitement guéri.

L'étonnement de ses médecins, de ses proches et de ses connaissances fut grand.

Quelques mois plus tard, une trentaine de personnes firent le voyage de Valence en Suisse pour venir me consulter, c'était un vrai pèlerinage. On me regardait avec de grands yeux, et j'avais presque honte qu'une guérison aussi simple ait pu faire autant de bruit.

Je n'avais en effet appliqué aucun traitement spécifique, je n'avais usé d'aucun régime spécial, et je méprisais profondément les bouillons de culture, les lavages ou les désinfectants que l'on emploie parfois dans ces affections.

En outre, ce qui m'a sauvé sans doute de l'erreur, je n'étais pas spécialiste pour les affections du tube digestif.

Au lieu de songer à un estomac ou à un intestin, je me suis adressé au malade, que j'ai considéré comme un semblable malheureux, qu'il fallait remonter moralement et physiquement.

En voyant les choses de haut, j'ai atteint le but plus rapidement et plus sûrement qu'en me perdant dans les détails.

L'importance justifiée que l'on donne actuellement aux recherches cliniques de détails vous empêche d'embrasser, dans son ensemble, la symptomatologie d'une maladie, et j'ai vu des cliniciens de grande valeur qui savaient diagnostiquer, mais qui ne savaient pas guérir.

La conception, que se fait de la médecine un praticien, a donc son importance pour les malades. Nous le reconnaissons surtout quand il s'agit de malades du système digestif.

Dans le traitement des affections digestives fonctionnelles, il y a deux catégories de médecins : ceux qui entretiennent ou aggravent le mal, et ceux qui le guérissent. Ils sont sincères les uns et les autres, ils ne font que différer de point de vue.

Dernièrement, j'ai assisté à la conversion scientifique d'un médecin distingué, qui vivait de régimes depuis plus d'une année, et qui s'affaiblissait de plus en plus. Incidemment, il lui tomba entre les mains une de mes publications où j'exposais mes vues sur le traitement de la dyspepsie. Il comprit aussitôt et laissa tout régime. En quinze jours, il gagna 3 kilogrammes.

Enthousiasmé du résultat, il vint me voir, afin de confirmer sa guérison. Elle ne fut point difficile, car je prêchais à un converti qui se rétablit rapidement, et qui fut bientôt en état de reprendre sa clientèle qu'il avait abandonnée depuis de longs mois.

Une fois guéri, il me disait : « Combien de fois je me suis trompé dans ma clientèle parce que je ne comprenais pas le traitement des maladies digestives. Actuellement, je suis arrivé à la conception qu'en dehors du cancer et

de l'ulcère rond, toutes les affections de l'estomac sont guérissables par la rééducation. »

Une fois rentré dans son pays, ce confrère m'écrivait les lignes suivantes :

« Mon cher confrère,

« J'ai repris mes occupations depuis le 1er septembre. Je suis maintenant complètement guéri, j'ai retrouvé ma clientèle, je fais mes visites avec bonne humeur ; je suis rentré en somme dans la vie normale, grâce à qui, grâce à vous, mon cher confrère, qui m'avez appris à me connaître moi-même et m'avez ouvert des horizons nouveaux, qui me permettront de faire du bien autour de moi.

« Dr L... »

La rééducation ou le dressage du système digestif est le principe qui nous guidera dans notre conception de la pathologie des voies digestives. Ce point de vue donne des résultats si féconds, que tous les praticiens auront avantage à le prendre en considération.

Les affections organiques resteront une contre-indication absolue et relèveront surtout de la chirurgie. Si l'on considère la fréquence des affections digestives purement fonctionnelles, on verra qu'elles offrent à elles seules un vaste champ de travail.

Notre but sera toujours de faire un diagnostic aussi exact que possible, en utilisant tous les moyens cliniques à notre disposition.

Une fois le diagnostic établi, nous tâcherons de voir les choses de plus haut, avec la persuasion que c'est le seul moyen de faire profiter nos malades d'une thérapeutique efficace.

Le traitement des organes malades entretient les troubles fonctionnels, tandis que seul, un traitement rationnel et éclairé du malade peut le guérir.

Nous ne considérerons plus ceux qui se confient à nos soins comme des sujets de laboratoire.

Tout en reconnaissant l'importance des lois de la physiologie, nous tiendrons compte de la vie psychique de nos malades.

En un mot, la psychophysiologie nous sera de plus grande utilité que la physiologie, dont les résultats ne correspondent pas toujours aux données cliniques grâce à la différence du champ d'expérience.

Nous ne voulons pas dire par cela que les animaux, qui servent aux expériences de physiologie, ne réagissent pas d'une façon analogue à l'être humain au point de vue psychophysiologique. Il est cependant difficile de sonder exactement leur vie psychique et par conséquent de contrôler les réactions physiologiques correspondantes.

Une expérience que je lisais un jour dans un journal médical démontre pourtant l'immense influence de la vie psychique sur les fonctions de l'organisme, même chez un animal. Il s'agissait d'un jeune chien auquel on avait fait une fistule stomacale pour examiner sa sécrétion gastrique. Dès qu'on lui montrait un morceau de viande, la sécrétion commençait (suc psychique de Pawlow). Quand elle fut bien en train, on lui montra un chat pour lui causer une émotion désagréable.

Aussitôt la sécrétion s'arrêta et mit des heures à se rétablir. La contrariété de voir un chat avait troublé la fonction gastrique de notre animal. Si une émotion peut avoir une telle réaction sur le système digestif d'un chien, comment ne pas admettre une réaction analogue chez l'homme, dont le système nerveux est plus développé.

Chez ce dernier, l'influence de la vie psychique sur les voies digestives est telle, que l'on voit des gens vomir ou être pris de diarrhée, par émotion. Bien plus, une seule idée peut réagir sur le système digestif, et j'ai vu un malade avoir une indigestion chaque fois qu'il mangeait une pastille de chocolat parce qu'il s'était mis dans la tête qu'il ne pouvait pas supporter le chocolat : c'était une indigestion par autosuggestion, d'origine purement psychique.

C'est ce côté de la question que les praticiens ont souvent oublié en pathologie interne en général, et en pathologie digestive en particulier. Ils n'ont pas été initiés à la psychophysiologie. Ils se sont basés jusqu'à présent sur les analyses chimiques du suc gastrique sans se douter qu'un changement d'état d'âme chez leur malade pouvait modifier rapidement les rapports chimiques de la sécrétion gastrique, et anéantir le résultat de leur examen.

Loin de moi l'idée de mépriser l'examen chimique du suc gastrique, il est utile parfois pour confirmer le diagnostic de cancer ou d'ulcère rond. Il est précieux même pour le diagnostic différentiel de ces deux affections, mais il n'éclaire pas la pathologie des affections fonctionnelles.

Les malades atteints de dyspepsie, de constipation chronique, d'entérite muco-membraneuse, etc., sont des malades tout spéciaux.

On en rencontre beaucoup et tous les jours davantage. Certains auteurs ont attribué cet état de choses à des erreurs d'alimentation, à des abus de viande par exemple. D'autres ont remarqué que tous ces malades étaient des nerveux. Ce qu'il y a de sûr, c'est que tous s'inquiètent d'une façon exagérée de leur maladie. L'attention concentrée sur un organe tend à en troubler la

fonction, aussi ne serais-je pas étonné que nos malades du système digestif entretiennent leurs malaises en s'en inquiétant trop.

Le médecin qui n'a pas observé ces faits risque de maintenir ces malades dans leur état :

1° En leur prescrivant un régime qui ne leur permet pas de se fortifier et qui souvent les débilite.

2° En attirant leur attention sur une fonction de l'organisme, ce qui tend à la troubler plutôt qu'à lui rendre son équilibre.

Ce sont, à mon avis, deux erreurs fondamentales dans le traitement des affections digestives fonctionnelles. Elles font souvent de ces pauvres malades des hypocondriaques ou des obsédés. Elles peuvent les amener à un degré tel d'affaiblissement que leur vie risque d'être en danger.

A ce propos il me vient à la mémoire l'histoire d'un patient que j'ai traité autrefois. Son état de faiblesse était tel qu'il dut être accompagné en Suisse par son neveu, médecin. En me confiant son oncle, mon confrère me fit bien sentir qu'il n'avait plus d'espoir et qu'il s'attendait à un dénouement fatal.

Une lettre du médecin traitant me disait qu'on l'avait soigné pour une entérite, mais que, malgré tous les soins, le malade s'affaiblissait et que l'on devait songer à une

tumeur maligne, peut-être à un cancer de la vésicule biliaire.

En face de tant de déclarations alarmantes, j'étais prêt à renvoyer le malade dans son pays. Un examen attentif ne me permit pas de constater de lésion organique. L'histoire de sa maladie m'apprit bientôt que j'avais devant moi une victime du régime. On avait fait chercher un spécialiste pour l'intestin, qui avait diagnostiqué une entérite et l'avait mis au régime sévère et au calomel. Le patient, qui n'avait jamais été malade jusqu'à ce moment, se frappa, fixa son attention sur son intestin, entretenant ainsi tous les troubles fonctionnels.

Le résultat fut qu'au moment où il vint me voir il avait perdu 25 kilogrammes.

Je lui appris peu à peu à rééduquer son système digestif, je lui permis même de prendre un peu de vin rouge à ses repas, chose qui lui parut extraordinaire mais qui contribua indirectement à le rassurer sur son état et donc à le guérir.

En trois mois il retrouva son poids normal, et le moribond que l'on m'avait amené rentra dans sa famille, heureux de vivre et capable de diriger ses affaires.

Nous constatons donc les funestes conséquences d'une fausse conception en médecine. Si nous songeons au fait qu'elle est souvent soutenue par des autorités médicales,

comment s'étonner que des praticiens l'aient adoptée sans arrière-pensée.

Elle a pris une telle extension qu'une dame de Paris m'assurait qu'à un dîner de 12 personnes, dix au moins avaient un régime différent et que l'on ne pouvait plus recevoir à cause des régimes. Nous voyons donc qu'une conception médicale peut avoir une influence même sur la vie mondaine, et qu'il ne faut pas s'étonner de voir Octave Mirbeau écrire que les médecins n'exercent plus mais qu'ils professent. Il veut dire par cela que l'on ne s'inquiète pas assez de la thérapeutique pratique, et que l'on se contente trop de spéculations théoriques qui ne servent à rien aux malades.

Le traitement des maladies fonctionnelles du système digestif est simple à condition d'être bien compris. Il donne des résultats si favorables qu'on peut le considérer comme un des plus efficaces de notre médecine moderne. Pour le comprendre et pour l'appliquer, il faut abandonner les idées théoriques anciennes. Il faut être assez personnel pour ne pas se laisser influencer par des opinions lancées, *ex cathedra,* par des maîtres éminents qui ont le seul tort souvent d'être des médecins consultants et de ne pas suivre les malades dans toutes les phases de leur maladie. Ce n'est qu'après s'être dégagé de tout

préjugé que le praticien pourra entrevoir la question d'une façon impartiale. Il pourra recourir ensuite à sa propre expérience et constater des faits qui contribueront davantage à affermir sa culture médicale que la lecture d'articles scientifiques dans des périodiques.

Certes, il est difficile aujourd'hui pour un médecin de rester personnel. De tous côtés on l'assiège d'articles médicaux vantant les effets merveilleux de tel ou tel remède. On lui en envoie des échantillons et il faut être bien fort pour ne pas céder à la tentation de les essayer dans la clientèle.

C'est ainsi que médecins et malades sont entraînés par l'état actuel des choses et qu'est née peu à peu l'habitude exagérée de se soigner en avalant des remèdes.

Nous en avons constaté le danger, nous avons vu surtout combien une conception médicale fausse peut avoir de funestes conséquences pour nos malades.

Nous allons essayer maintenant de démontrer comment il faut envisager la pathologie des maladies digestives, pour avoir des résultats durables, et pour guérir les malades qui se confient à nos soins.

La réaction de la vie psychique sur les fonctions digestives est grande, avons-nous dit ; souvent même elle est prédominante et parfois exclusive.

On s'étonnera d'abord que des malades des voies

digestives aient pu être guéris par quelques paroles de consolation ou d'encouragement, mais on le comprendra quand nous aurons passé en revue l'influence de certaines réactions psychiques sur le système digestif. Pour que nos explications soient plus claires, nous allons recourir aux constatations expérimentales, c'est-à-dire à des faits contrôlés scientifiquement, qui ont pour nous plus de valeur que de simples données théoriques. Nous examinerons successivement l'influence de l'Émotivité, de la Suggestibilité, de l'Autosuggestibilité, et de l'Irritabilité sur les fonctions digestives.

a. Influence de l'Émotivité sur les fonctions digestives. — Nous avons vu que chez un chien, la sécrétion gastrique peut être arrêtée par une émotion.

S'il n'est pas aussi aisé de faire chez l'homme une fistule stomacale pour observer ces réactions psychophysiologiques, nous pouvons cependant remarquer certains phénomènes analogues.

De même qu'une émotion peut faire pâlir, ou accélérer l'action du cœur du sujet, de même elle peut produire d'autres troubles, d'ordre digestif.

Les plus fréquents ou tout au moins ceux que l'on constate le plus facilement sont le vomissement et la diarrhée.

J'ai souvent vu des malades vomir à la suite d'émotions.

La diarrhée d'origine émotive est un fait banal que l'on rencontre assez fréquemment.

b. Influence de la Suggestibilité sur les fonctions digestives. — Si l'on considère que les troubles fonctionnels digestifs sont analogues à ceux que l'on a longtemps décrits sous le nom de troubles hystériques, comment ne pas admettre que la suggestibilité du sujet ne joue pas un certain rôle dans leur genèse.

On parle tant d'entérite ou d'appendicite, que bien des personnes en ont eu les symptômes par simple suggestion. Souvent le médecin s'y laisse prendre et entretient les troubles par un traitement classique.

L'influence suggestive du médecin est surtout évidente dans le traitement de la constipation chronique.

S'il sait affirmer au malade d'un ton persuasif que l'on s'en guérit toujours, le résultat sera bientôt obtenu. Si par contre, il a le malheur de dire au malade : « Si ce traitement ne réussit pas on en essayera un autre, » l'influence suggestive devient négative, et il ne réussit pas.

c. Influence de l'Autosuggestibilité sur les fonctions digestives. — Les autosuggestions en pathologie digestive sont la cause de nombreux troubles.

Un malade ne peut pas supporter tel ou tel aliment parce qu'il le croit difficile à digérer. Tant que subsiste

dans sa vie psychique la représentation mentale : « Cet aliment est difficile à digérer, » il ne peut le supporter. Si vous supprimez cette idée par le raisonnement, vous le guérirez facilement.

Quand on a compris le rôle immense des autosuggestions dans la genèse de ces phénomènes, on ne s'étonne plus des symptômes que présentent les malades qui ont consulté de nombreux spécialistes.

Chacun en effet inculque au malade sans le vouloir une nouvelle autosuggestion qui agit dans un sens négatif. Si, dans la prescription d'un régime, le médecin ajoute par exemple au bas de la page :

« Les mets suivants ne sont pas supportés : Farineux, pain, viande en sauce, gibier, poisson de mer, fruits crus, gâteaux, etc. »

Ce sont autant d'autosuggestions qu'il greffe dans la mentalité du malade et qui ne manqueront pas de rendre indigestes les aliments indiqués comme tels.

d. Influence de l'Irritabilité sur les fonctions digestives. — On a souvent dit que les maladies de l'estomac rendaient irritables. La proposition contraire est tout aussi vraie et l'on peut dire que l'irritabilité peut retentir sur les fonctions digestives.

J'ai vu un malade souffrir de diarrhée chronique à la suite d'une colère.

Les crampes d'estomac chez les irritables sont une réaction fréquente de leur état d'esprit.

Il est facile de déduire des constatations précédentes, qu'un traitement moral aura un résultat bienfaisant chez les malades dont nous nous occupons.

Il faudra, en premier lieu, supprimer chez eux des autosuggestions maladives, qui risqueraient de paralyser tout traitement rationnel.

Ensuite nous pourrons commencer la rééducation de leur système digestif.

Une phrase que me répétait souvent un médecin vétérinaire que j'ai soigné était la suivante :

« La fonction fait l'organe. » C'était un dyspeptique qui était arrivé au dernier degré d'amaigrissement. Il ne pouvait plus se traîner et demandait qu'on le laisse mourir au pied d'un arbre.

Encouragé par notre traitement moral, il comprit qu'il était possible de rééduquer son système digestif. Il se mit bravement à la suralimentation et ses efforts furent couronnés de succès. Aujourd'hui, il pèse 98 kilos.

Il avait compris la vérité de ce grand principe biologique : « La fonction fait l'organe. » On pourrait y ajouter : « La fonction entretient et stimule la fonction, » ou la maxime populaire : « L'appétit vient en mangeant. »

Ces constatations sont scientifiquement vraies et salutaires par autosuggestion.

Pawlow n'a pas peu contribué à les confirmer par ses dernières découvertes sur la physiologie de l'estomac, en particulier par celle du suc psychique.

LEÇON II

Physiologie du système digestif. — Les expériences de Pawlow. — Leurs conséquences au point de vue thérapeutique.

Les progrès récents de la physiologie du système digestif tendent à confirmer notre nouvelle conception clinique.

Aussi vouerons-nous à ce chapitre tout l'intérêt scientifique qu'il mérite, puisqu'il a des conséquences destinées à bouleverser la pathologie et la thérapeutique des voies digestives.

C'est à Pawlow[1] de Saint-Pétersbourg et à ses élèves que nous devons ce progrès en physiologie.

Pawlow dans ses travaux sur le système digestif a voué un soin tout particulier à l'étude de la sécrétion gastrique.

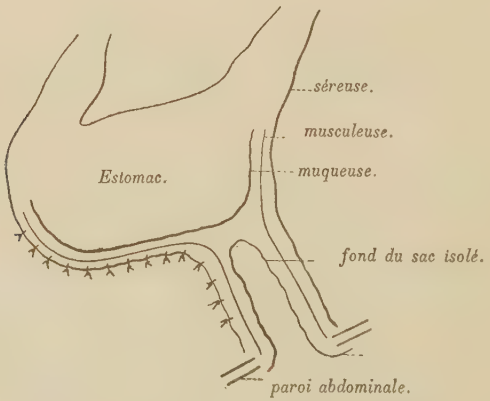
Il employa la méthode des repas fictifs, grâce à un

1. Cet aperçu physiologique est cité d'après les Éléments de physiologie de Laulanié.

procédé consistant à pratiquer l'œsophagotomie, sur un chien ayant déjà une fistule gastrique. On suture les bords de la plaie œsophagienne à ceux de la plaie cutanée, créant ainsi un orifice de sortie, empêchant les aliments d'arriver dans l'estomac.

On institue ainsi les repas fictifs en faisant manger l'animal. Les aliments ressortent par la fistule œsophagienne, sans atteindre l'estomac. Pendant toute la durée de ces repas fictifs, la sécrétion se produit comme si le repas était réel et l'on peut obtenir ainsi de grandes quantités de suc gastrique.

Afin d'étudier les lois de la sécrétion du suc gastrique, Pawlow, aidé de son élève le Dr Chigin, institua la méthode suivante :



Cæcum de la paroi stomacale isolé d'après la méthode de Pawlow, d'après Laulanié.

Il créa un cæcum gastrique ouvert au dehors et qui tout en étant séparé de l'estomac lui-même, reste soumis à l'influence du système nerveux. Il en résulte qu'il obéit aux mêmes influences et que la sécrétion du cæcum reflète celle de l'estomac. Pour l'obtenir on découpe sur la grande courbure de l'estomac un lambeau longitudinal qu'on dispose en un tube cylindrique. L'extrémité libre de ce tube est réunie par une suture à l'orifice de la plaie abdominale, tandis que l'autre extrémité se continue avec les parois de l'estomac, avec cette circonstance que les deux cavités voisines sont séparées l'une de l'autre par un septum résultant de l'adossement de deux muqueuses. C'est dans ces conditions que Pawlow a découvert les lois fondamentales suivantes :

A. — Le travail sécréteur des glandes digestives (muqueuse gastrique et pancréas) commence à l'instant même où les aliments pénètrent dans l'appareil digestif.

B. — La sécrétion du suc gastrique augmente proportionnellement à la raison azotée.

C. — La marche de la sécrétion pendant le repas est d'une fixité absolue et s'exprime toujours par la même courbe. Pawlow reconnut ce fait, de grande importance

au point de vue thérapeutique, que *les propriétés du suc gastrique varient avec les aliments et s'adaptent aux qualités de ces mêmes aliments.*

Par exemple le suc de pain contient trois fois plus de ferment que le suc de viande et quatre fois plus que le suc de lait. L'acidité prend également des valeurs spéciales à chaque aliment, elle atteint son maximum pour la viande (0,56 pour 100) et son minimum pour le pain (0,46 pour 100). Le débit de la sécrétion subit des variations du même ordre ; à poids égal il a son maximum pour la viande et son minimum pour le pain. En somme et conformément à la loi de spécificité des sécrétions digestives, *la sécrétion gastrique a son équation pour chaque cas particulier.*

Les faits qui précèdent prouvent que l'activité des glandes gastriques est sollicitée par des excitants spécifiques, dépendant de la nature des aliments. Ceux-ci semblent agir d'une manière élective sur les terminaisons sensitives et provoquent des réflexes adaptés, en ce sens que la puissance et la quantité des sucs, la courbe de leur excrétion sont adaptées à la qualité et à la quantité des aliments. Cela suppose l'intervention du système nerveux.

En ce qui touche la sécrétion du suc gastrique, *l'excitation provocatrice peut avoir une origine cérébrale et revêtir*

un caractère psychique. On en a la preuve dans les effets des repas fictifs. Chez les chiens préparés selon la méthode de Pawlow, la sécrétion se poursuit pendant toute la durée des repas bien que la muqueuse gastrique ne subisse pas le contact des aliments.

Elle procède donc d'une excitation psychique, c'est-à-dire, dans l'espèce, de la vue, de la saveur des aliments et du désir qu'elles sollicitent.

La sécrétion psychique commence 5 minutes environ après le début du repas et elle fournit un suc dont les qualités sont indépendantes, cette fois, de la nature des aliments.

Le rôle du suc psychique a une importance considérable. Si en effet, sur un chien pourvu à la fois d'un cæcum et d'une fistule gastriques, on introduit des aliments par cette dernière voie, en ayant soin de ne pas éveiller l'attention de l'animal, on constate que la sécrétion est très tardive et très peu abondante.

L'expérience suivante est également très démonstrative. Deux chiens gastro-œphagotomisés reçoivent chacun 100 grammes de viande qui sont introduits par la fistule gastrique et retenus par un fil captif. L'un des deux animaux reçoit en outre un repas fictif très abondant. Au bout d'une heure et demie, il a digéré 30 grammes de viande, tandis que le second n'en a digéré que 6 gram-

mes, dans le même temps. D'ailleurs la digestion se poursuit régulièrement chez le premier. Or, l'influence d'un repas fictif de cinq minutes sur la sécrétion de l'estomac vide d'aliments se poursuit seulement pendant trois ou quatre heures. Elle ne suffit donc pas à expliquer la sécrétion pendant toute la durée d'une digestion complète qui atteint 10 à 12 heures.

En somme et dans les conditions expérimentales précitées, la sécrétion psychique ou la sécrétion provoquée par le contact direct des aliments seraient incapables d'assurer la digestion si elles agissaient seules.

D'autre part la production du suc psychique amorce la digestion de telle sorte que la présence et le contact des aliments suffisent à provoquer une sécrétion efficace.

On peut déjà présumer, par ce qui précède, que les aliments n'interviennent pas en produisant une excitation mécanique de la sécrétion gastrique, ou bien on ne s'expliquerait pas la nécessité de l'action préalable du suc psychique.

Ici se place l'une des assertions les plus neuves et les plus inattendues de Pawlow.

Contrairement à l'opinion courante et à la doctrine classique exposée dans tous les livres, les excitations mécaniques de la muqueuse gastrique seraient incapables de provoquer la sécrétion. Du moins toutes les tentatives de

Pawlow sont demeurées infructueuses sur tous les chiens dont il irritait la muqueuse gastrique, soit à l'aide d'une barbe de plume, soit à l'aide d'une baguette de verre promenées à la face interne de l'estomac. Et ces résultats négatifs sont d'autant plus probants que les animaux qui les ont fournis ont constamment donné une abondante sécrétion psychique, sous l'influence d'un repas fictif. Dès que les aliments n'agissent pas par leurs propriétés mécaniques, ils agissent par leurs propriétés chimiques, c'est-à-dire par des agents spécifiques dont il fallait déterminer la nature. A cet effet, on a fait l'épreuve des diverses substances alimentaires ou de leurs dérivés en les introduisant par une fistule et en interrogeant le cæcum gastrique. On a constaté ainsi l'inefficacité des substances minérales, à l'exception de la soude, celle des peptones, de l'amidon, du sucre, de l'albumine soluble de l'œuf, etc. En revanche, on a observé le pouvoir excito-sécrétoire de l'eau, du bouillon de viande, de l'extrait de viande de Liebig et des produits de la digestion envisagés dans leur ensemble. Ces faits mettent en lumière le rôle de la sécrétion psychique. Elle amorce la digestion et provoque l'apparition de principes chimiques indéterminés associés aux produits de la digestion et agissant comme excitants spécifiques de la digestion.

Les excitations psycho-sécrétoires sont transmises aux

glandes gastriques par les nerfs de la dixième paire crânienne.

Ce fait a la plus haute importance parce qu'il a permis à Pawlow et à ses élèves de démontrer par une nouvelle méthode le rôle du suc psychique et d'établir que l'intervention de ce liquide est indispensable. En effet, chez les chiens, dont les nerfs pneumogastriques ont été sectionnés des deux côtés, la sécrétion psychique n'a pas lieu et la production des excitants spécifiques est supprimée. Il en résulte que les aliments ingérés pourrissent dans l'estomac et que les animaux succombent aux effets toxiques des ptomaïnes de la putréfaction. Mais on peut prévenir ce dénouement et assurer la survie des opérés si l'on a soin d'administrer, avant chaque repas, du bouillon ou de l'extrait de viande de Liebig.

Quant au mode d'action des excitants spécifiques sur la muqueuse de l'estomac, il aurait lieu par voie réflexe puisque ceux-ci sont inefficaces lorsqu'on les administre par injection intraveineuse.

Les quelques données physiologiques que nous venons d'examiner nous ont permis d'étudier deux faits dont l'importance sera grande au point de vue thérapeutique.

Ce sont :

1° Le suc psychique ;

2° La spécificité du suc gastrique provoquée par les divers aliments.

1. — *Le suc psychique.*

La physiologie nous apprend que la digestion ne peut pas se faire normalement sans la production du suc psychique.

Nous avons vu dans la précédente leçon que chez le chien même, une émotion, un état d'âme défavorable pouvaient entraver cette production du suc psychique.

La clinique nous démontre que chez l'homme des réactions de ce genre sont des plus fréquentes.

De même que toute autre fonction de l'organisme, la sécrétion du suc psychique dépend de la vie psychique des sujets et si l'on veut assurer cette sécrétion, un traitement psychothérapique sera plus utile que tout excitant physique ou chimique.

En découvrant le suc psychique et ses lois de sécrétion, on a été forcé en quelque sorte d'aborder la psychophysiologie et de sortir de la routine de la physiologie classique. Il est rare, en effet, que la physiologie et la clinique donnent des résultats concordants ; aussi les découvertes de Pawlow ont-elles eu d'autant plus de retentissement,

puisque en mettant au jour la vérité scientifique, elles devaient comfirmer des faits que nous constations depuis longtemps, en clinique.

Nous savions qu'un sujet déprimé ou émotionné digérait moins bien qu'un autre, tranquille d'esprit. Nous avions remarqué que malgré une semblable alimentation, le premier avait une tendance à diminuer de poids, tandis que le second augmentait facilement.

Aujourd'hui, nous comprenons que la production du suc psychique entre en ligne de compte dans l'explication de ces faits, et la physiologie ou plutôt la psychophysiologie nous permet d'expliquer ce que nous constatons en clinique.

Un principe essentiel en thérapeutique digestive sera de modifier l'état d'âme du malade, afin de permettre à la sécrétion du suc psychique de se faire sans entrave. Comme nous l'avons vu, la sécrétion du suc psychique a une influence sur toute la digestion stomacale et lorsque cette dernière est bien amorcée, elle n'a pas de peine à se continuer normalement.

La sécrétion du suc psychique dépend de l'état d'âme du malade et ce dernier dépend souvent de circonstances extérieures.

C'est au médecin qu'incombe la tâche de modifier

l'état mental de son malade et j'ose affirmer que suivant sa manière de faire, il pourra provoquer ou inhiber la sécrétion du suc psychique.

De cette dernière intervention médicale pourra dépendre le résultat d'une cure, le sort d'un dyspeptique découragé, la vie matérielle souvent d'une famille entière.

Aussi les médecins qui dans un optimisme rationnel parviennent par une bonne parole, par des conseils réconfortants, à rétablir la sécrétion du suc psychique chez leurs malades, font-ils œuvre utile et bienfaisante.

Nous attribuons à ce fait les résultats obtenus dans des cas de dyspepsie parfois désespérés où tous les traitements avaient été inutiles et où les malades dépérissaient malgré une alimentation suffisante.

S'il nous était permis de tracer une ligne de conduite au praticien dans des cas analogues, nous lui dirions : « Faites sourire votre malade et vous le ferez digérer. »

La bonne humeur semble donc ne pas être indifférente au système digestif, et lorsqu'un vieux dyspeptique me disait : « Chaque fois que je mange en compagnie d'amis, je digère bien, même des mets indigestes », il ne faisait qu'exprimer en langage populaire ce que nous avons constaté scientifiquement.

2. — *La spécificité du suc gastrique, ses conséquences au point de vue thérapeutique.*

Chaque aliment provoque une sécrétion gastrique particulière, destinée à assurer sa digestion.

C'est une loi physiologique. L'expérience nous démontre que c'est aussi une loi clinique et qu'une alimentation variée nous permet de guérir des cas de dyspepsie entretenus par des régimes.

Quand on dit à un dyspeptique : « Pour vous guérir, ne suivez plus de régime, mangez de tout », il est quelque peu étonné au premier abord et vous regarde d'un air sceptique.

Sous le jour de la loi de la spécificité du suc gastrique, cette affirmation devient claire, et il est aisé de comprendre qu'une alimentation variée sera seule capable de provoquer une sécrétion gastrique complète.

L'homme est un omnivore, la nature l'a fait ainsi ; sa constitution, ses intestins, ses dents sont adaptés à une alimentation variée. Ceux donc qui veulent en faire un végétarien, ou un régimovore, n'ont pas un point de vue logique. Il est certain que l'on peut vivre de légumes, de fruits, de lacto-farineux, et que l'usage de la viande n'est pas absolument indispensable à la vie. Nous avons vu

cependant que, d'après les constatations de Pawlow, le débit du suc gastrique a son maximum pour la viande et je me demande si, par ce fait, l'usage de la viande n'est pas un stimulant de la digestion gastrique.

Il est certain que tous ceux qui vivent de régimes n'ont pas une sécrétion gastrique complète et nous savons en biologie que le manque d'activité ou la diminution de la fonction tend à affaiblir l'organe. Dans le cas particulier, ce n'est pas seulement l'organe qui doit en souffrir, mais l'organisme tout entier, puisque l'estomac est la porte d'entrée de la nutrition générale.

Les conséquences physiologiques d'une alimentation restreinte seront la production d'une sécrétion gastrique incomplète. Les glandes de l'estomac sont prêtes à fournir une sécrétion normale et on les force à fonctionner incomplètement parce qu'on ne leur fournit pas des aliments variés.

Et l'on s'étonnera que les maladies de l'estomac soient si fréquentes et difficiles à guérir, quand, jusqu'à présent, c'est le régime qui a été l'arme la plus puissante des médecins.

On pourrait comparer l'éducation de notre estomac à celle d'un enfant gâté : moins on réclame de travail de lui, moins il veut en fournir, et cela grâce à la loi de la spécificité gastrique. Nous insistons sur cette loi physio-

logique, car elle est la base de notre thérapeutique des troubles digestifs. C'est en son nom que nous pouvons affirmer scientifiquement ce que nous avions constaté pratiquement.

Autrefois, nous disions à un dyspeptique : « Mangez de tout pour bien vous nourrir et vous fortifier. » Aujourd'hui, nous pouvons ajouter : « L'alimentation variée provoque une sécrétion gastrique complète et assure ainsi le bon fonctionnement de notre estomac. »

S'il en est ainsi, pourquoi donc entraver sa digestion stomacale, s'affaiblir et entretenir sa maladie en restant l'esclave d'un régime. Et nous pouvons proclamer scientifiquement, au nom de la physiologie et de la clinique, qu'un régime restreint ne guérit pas, mais qu'il rend malade.

Nous vivons actuellement sous l'influence suggestive de l'idée de régime. On suit un régime comme autrefois on se purgeait et cela sans plus de raison.

On prend plaisir à s'affaiblir volontairement et à devenir un terrain de prédilection pour la tuberculose et d'autres affections infectieuses.

Un confrère de mes amis, qui soigne beaucoup de tuberculeux, me disait un jour : « Les tuberculeux sont souvent nerveux et je me demande si la tuberculose est la cause du nervosisme ou si le nervosisme prédispose à la tuberculose ? »

A cette question, je répondrai que tous les nerveux affaiblis et amaigris sont des candidats à la tuberculose, et que la cause habituelle de cet amaigrissement est encore le régime.

Nous sommes presque en présence d'une plaie sociale, qu'il faut combattre de toutes nos forces, puisqu'elle peut avoir de si graves conséquences.

Considérée sous ce jour, la loi de la spécificité sort de son cadre physiologique. Elle prend un rôle social, car en apprenant aux hommes à s'alimenter rationnellement, on leur permet de se fortifier et c'est assurément, dans l'état actuel de la science, le meilleur moyen de se préserver de la tuberculose, du cancer et même de l'alcoolisme.

En fortifiant le terrain, on le rend plus résistant aux attaques de l'extérieur. J'ai vu des malades atteints de tuberculose initiale ne plus présenter aucun symptôme, à la suite d'une cure de repos et de suralimentation. Ils n'avaient reçu aucun remède, mais s'étaient bien nourris et avaient augmenté de poids.

La loi de la spécificité joue encore un rôle social en nous apprenant que les mets des pauvres se digèrent tout aussi bien que les plats des riches préparés avec soin.

L'estomac digère tout ce qu'on lui donne, et une alimentation variée dans une cuisine populaire sera plus profitable qu'un régime préparé par un cordon bleu.

Et s'il me fallait expliquer pourquoi les affections digestives sont plus fréquentes dans les classes aisées que chez les pauvres, je répondrais que ces derniers se portent mieux, parce qu'ils ne peuvent pas se payer le luxe d'un régime et qu'ils n'ont pas de quoi se procurer toutes les spécialités à la mode.

LEÇON III

Le diagnostic différentiel dans les affections digestives.

Avant d'aborder la question du diagnostic différentiel dans les affections digestives, rappelons brièvement les méthodes d'examen usuelles.

Le déjeuner d'essai.

Le déjeuner d'essai, tel qu'il est recommandé par le Pr Sahli, de Berne, consiste à donner au malade à jeun : 35 grammes de pain blanc et 4 décilitres de thé faible. Une heure après, on retire le contenu de l'estomac au moyen de la sonde. On le filtre et l'on examine chimiquement le produit de la filtration.

Examen chimique du suc gastrique.

A. — Examen de l'acidité totale du suc gastrique.

1. Par le papier de tournesol, la réaction est presque toujours acide.

2. Recherche de l'acide chlorhydrique libre.

La réaction la plus sûre s'obtient à l'aide de la phloroglucine-vaniline ou réactif de Gunsburg.

Réactif de Gunsburg :	Phloroglucine.	2,0
	Vaniline. . .	1,0
	Alcool. . . .	130,0

On met 2 gouttes de la solution et 2 gouttes de suc gastrique sur une éprouvette de porcelaine et l'on chauffe. S'il y a de l'acide chlorhydrique libre, on a une coloration carmin, sinon la coloration est brun jaune.

3. Recherche de l'acide lactique.

La réaction la plus simple se fait à l'aide du réactif d'Uffelmann.

Réactif d'Uffelmann : 20 centimètres d'une solution d'acide phénique à 1 pour 100, avec 1 goutte de perchlorure de fer. La solution bleu-améthyste devient jaune en présence de traces d'acide lactique libre.

4. Dosage de l'acidité totale du suc gastrique.

Pour avoir une idée quantitative de l'acidité totale du suc gastrique, on mesure la quantité d'une solution de soude caustique nécessaire pour en neutraliser 10 centilitres.

Une solution alcoolique de phénophtaléine sert d'in-

dicateur : on en met quelques gouttes dans le suc gastrique qui est neutralisé dès que la couleur rouge ne disparaît plus.

Cet examen chimique du suc gastrique n'a pas l'importance qu'on a voulu lui donner. Il sert tout au plus en présence d'une tumeur de l'estomac à faire le diagnostic différentiel entre le cancer et l'ulcère rond. Dans les dyspepsies, les résultats obtenus varient d'un jour à l'autre et n'ont aucune importance au point de vue du diagnostic.

Il est même imprudent de soumettre à un tel examen certains malades impressionnables. On ne fait ainsi que les confirmer dans l'idée d'une maladie de l'estomac, qui dépend déjà de représentations mentales.

Examen des limites de l'estomac.

Pour se rendre compte des limites de l'estomac, on en fait l'insufflation à jeun, à l'aide d'une pompe aspirante et refoulante.

Avant de faire le diagnostic d'une dilatation, il faut comparer la position des deux courbures de l'estomac.

Dans bien des cas, surtout chez des sujets amaigris, on est en face d'une entéroptose généralisée. Cette constata-

tion a donné à Glénard, de Vichy, l'occasion de formuler sa théorie sur l'entéroptose qui devrait être la cause de tous les autres troubles chez les malades, tandis qu'elle n'en est que la conséquence. Pour trouver un remède à cet état de choses, Glénard inventa sa sangle qui doit maintenir les viscères en place.

Chaque malade amaigri nous arrive avec une sangle et il pousse de hauts cris dès qu'on lui parle de la supprimer. On lui a dit qu'il était un dégringolé et qu'il ne pourrait jamais vivre sans sangle. On oublie habituellement de voir la cause du mal dans son amaigrissement, et on lui prescrit un régime qui ne lui permet pas de grossir pour fixer ses organes.

Dès que nos malades prennent de l'embonpoint, l'entéroptose disparaît et ils peuvent se passer de leur sangle.

Après ces considérations générales, nous allons passer rapidement en revue les affections digestives et leur traitement. Nous aurons ainsi une vue d'ensemble de notre sujet et nous pourrons plus facilement distinguer les différences qui existent entre les affections organiques et fonctionnelles du tube digestif.

La gastrite aiguë s'observe à la suite d'indigestions, d'absorption immodérée d'alcool ou d'aliments peu frais. L'acide chlorhydrique libre que l'on rencontre dans le

suc gastrique normal agit comme antiseptique et prévient des affections de ce genre.

Les gens affaiblis y sont prédisposés.

Symptômes : Manque d'appétit, soif, sensation de pesanteur, souvent vomissements et renvois. Langue chargée et sèche.

Traitement : 10 à 15 gouttes d'acide chlorhydrique dilué, tinctura chinæ ou bicarbonate de soude.

Il faut bien faire la différence entre une gastrite vraie et un état dyspeptique chez un nerveux, car dans ce cas le traitement sera absolument opposé comme nous le verrons. L'anamnèse et surtout la mentalité du malade nous permettront de faire notre diagnostic différentiel.

La gastrite chronique vraie est rare, elle se rencontre chez les buveurs et dans les cas de stases dues à une affection du cœur ou des reins ; dans ce cas elle est secondaire.

Symptômes ; comme pour la gastrite aiguë, vomitus matutinus des buveurs. L'acide chlorhydrique libre manque généralement et l'on constate la présence d'acide lactique. Constipation habituelle. Météorisme et flatulence. Grande analogie avec la dyspepsie. Le traitement permet d'établir le diagnostic différentiel.

L'ulcère rond. —Dès que les cellules de la muqueuse sont

lésées, il se produit une autodigestion qui forme l'ulcère rond. On constate la présence d'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique. Il se produit généralement entre 18 et 30 ans, surtout chez la femme. Il se trouve assez souvent dans la région pylorique, ce qui explique les dilatations secondaires à la suite de cicatrices. Comme complication, on peut avoir de la péritonite par perforation ou de fortes hémorragies.

Symptômes : souvent latents, douleurs survenant par accès, hématémèses et augmentation de l'acide chlorhydrique libre. Souvent douleurs localisées, surtout après le repas. On constate parfois du sang dans les selles et des signes d'hémorragie interne.

L'appétit est bon et la langue n'est pas chargée. L'état de nutrition est bon.

Dans les cas de cicatrice : sténose du pylore, vomissements, dilatation secondaire. Résistance à la palpation, amaigrissement, souvent développement du cancer dans la cicatrice.

Traitement : lit pendant 3 ou 4 semaines, compresses chaudes, alimentation modérée, plutôt liquide. Bicarbonate de soude et bismuth plusieurs fois par jour. Pendant les 10 premiers jours, lait et bouillon ; la semaine suivante, du riz, des œufs et des purées ; puis augmentation de l'alimentation dès qu'il n'y a plus de danger.

Traitement chirurgical des dilatations à la suite de cicatrices : la gastro-entérostomie.

Le cancer de l'estomac se rencontre surtout entre 40 et 60 ans. L'hérédité joue un certain rôle, mais n'a pas l'importance qu'on lui accordait autrefois. D'après la statistique 1/3 des cancers se localisent à l'estomac, surtout dans la région du pylore et de la petite courbure. On constate souvent des métastases dans le foie et le péritoine.

Symptômes : amaigrissement et affaiblissement général. Langue chargée, manque d'appétit, souvent vomissements. A la palpation, on constate une tumeur qu'il faudrait pouvoir reconnaître à la période initiale pour intervenir chirurgicalement d'une façon efficace.

Les chirurgiens se plaignent avec raison qu'on ne leur envoie pas les cancéreux à la période initiale. Notre responsabilité au point de vue du diagnostic est très grande, et tant que l'on n'a pas un remède spécifique pour le cancer, l'opération dans la période initiale restera la seule planche de salut.

L'examen du suc gastrique a une certaine importance, on constate le manque d'acide chlorhydrique libre et la présence d'acide lactique. L'anémie constatée à l'hémoglobinomètre est importante pour faire le diagnostic

différentiel avec la dyspepsie. Pour une cicatrice d'ulcère parlent surtout la durée de la maladie et la présence d'acide chlorhydrique libre.

Traitement : Pour le moment le traitement chirurgical est encore le seul traitement rationnel du cancer.

S'il y a des malades qui ont un cancer et qui supportent vaillamment leur maladie sans se plaindre et sans même savoir la gravité de leur affection, il y en a beaucoup d'autres qui sont atteints de la phobie du cancer et qui se plaignent sans qu'il soit possible, malgré l'examen le plus minutieux, de constater une altération organique.

Qu'il me soit permis d'en citer deux exemples :

a. Le premier cas que j'ai traité et observé date de l'époque où j'étais interne à l'hôpital de l'Ile à Berne. Faisant ma visite du matin, je trouve un malade pleurant dans son lit. Il était arrivé la veille et je n'avais pas encore pu l'examiner. Il n'avait pas dormi de toute la nuit et se désespérait, persuadé qu'il avait un cancer de l'estomac et qu'il ne survivrait pas à l'opération. Un confrère avait commis l'imprudence de le confirmer sans raison suffisante dans cette idée de cancer.

Après un examen approfondi du malade, j'eus la conviction que nous n'avions aucune lésion anatomique. Par contre sa mentalité m'avait frappé, je n'avais jamais vu de vrais cancéreux se désespérer ainsi.

Comme symptômes, il présentait de l'anorexie, une langue chargée, des envies de vomir. Je soupçonnai qu'il y avait un rapport entre son état d'esprit et ses symptômes. J'en entrepris le traitement moral et au bout de quelques jours, il fut complètement guéri.

C'était à une époque où l'on ne parlait pas encore de psychothérapie et je suis sûr que si j'avais alors pris l'avis d'un confrère, il aurait peut-être souri d'un air dédaigneux à l'idée de mon traitement moral. Ce fut cependant un de mes premiers succès. Je communiquai ce résultat au Dr Dubois qui obtenait déjà des résultats analogues. Nous pûmes dans la suite comparer nos expériences et marcher la main dans la main dans la nouvelle voie, où nous nous étions lancés.

C'est ainsi qu'un cas traité comme interne à l'hôpital avait décidé de ma carrière médicale.

b. Monsieur X., homme d'affaires de Paris, souffrait depuis des mois d'une affection de l'estomac. Il avait consulté plusieurs médecins et suivi divers traitements sans résultat. Son poids diminuait assez rapidement et il avait perdu plus de 12 kilos lorsqu'il vint me consulter. Il n'avait plus de force, et avait dû interrompre un dernier voyage d'affaires.

« Je suis certain, me dit-il, quej'ai un cancer d'estomac, on ne veut pas me le dire pour ne point m'effrayer. »

Un examen du malade ne me permit pas de constater la moindre affection organique.

Je le mis au repos et à la suralimentation.

Au bout de 10 jours, on lui servit, pour son lunch, de la choucroute et du salé qu'il digéra à merveille.

Ce fait supprima à jamais chez notre malade l'idée du cancer. Il écrivit aux siens qu'il serait bientôt rétabli puisqu'il pouvait manger de la choucroute. En effet, il se mit à manger bravement, retrouva le poids qu'il avait perdu et rentra à Paris peu de temps après.

Passons maintenant aux affections intestinales qui peuvent être prises en considération dans le diagnostic différentiel des affections digestives fonctionnelles.

La tuberculose intestinale est généralement secondaire chez les malades qui avalent leurs expectorations, elle est parfois primaire chez l'enfant. Il se forme des ulcères tuberculeux disposés en ceinture dans l'intestin.

Les selles sont diarrhéiques et contiennent des bacilles de Koch. On constate un affaiblissement de l'état général et souvent de la fièvre.

Le traitement doit être opératoire si l'on a une affection purement locale et diagnostiquée assez tôt. Autrement il ne peut plus être que symptomatique. Quand on ne peut pas guérir, il faut soulager.

Le cancer de l'intestin. — Le cancer du rectum est le plus fréquent. Le toucher rectal permet d'établir son diagnostic.

Le pronostic est grave. Il faut recommander l'opération radicale quand il est encore temps.

Dans les cas inopérables, l'anus artificiel permet de prolonger la vie du malade.

L'ileus ou obstruction intestinale se constate quand il y a obstacle à la circulation des produits de la digestion dans l'intestin.

1. Dans les cas de hernies étranglées. Il ne faut pas exagérer les essais de réposition et faire si possible l'opération avant qu'une résection intestinale soit nécessaire.

2. Dans les cas de volvulus : lorsque les anses intestinales se nouent. L'opération immédiate est nécessaire.

3. Dans les cas d'invagination.

4. Dans les cas d'obstruction par un corps étranger.

Symptômes de l'obstruction intestinale. Arrêt des selles, vomissements, mauvais pouls et enfin collapsus. La palpation et la percussion sont des auxiliaires précieux pour confirmer le diagnostic.

Dans tous ces cas il ne faut pas hésiter à appeler un chirurgien, car tout retard dans l'opération pourrait être néfaste au malade.

La périty phlite. — Au point de vue du diagnostic différentiel, la périty phlite a une importance spéciale, puisque les chirurgiens eux-mêmes sont arrivés à reconnaître une périty phlite nerveuse.

La périty phlite, qui débute par l'appendicite ou inflammation de l'appendice vermiforme du gros intestin, surprend le malade le plus souvent sans prodromes.

Subitement le malade est pris de violentes douleurs dans la région iliaque droite, de fièvre, de vomissements et d'absence de selles. La palpation de la région malade permet de constater un point douloureux, le point de Mac Burney qui n'a aucune importance au point de vue du diagnostic différentiel.

Au bout de peu de temps, si l'appendicite évolue vers la périty phlite, il se forme un abcès que l'on peut reconnaître par la palpation et la percussion, ou surtout par le toucher rectal.

Cet abcès peut se développer rapidement et perforer dans la cavité péritonéale en causant une péritonite mortelle. Il s'agit donc de l'inciser à temps si l'état du malade fait prévoir une complication de ce genre. Le seul traitement qui permet d'éviter à jamais le renouvellement de ces crises de périty phlite, c'est l'extirpation de l'appendice vermiforme. On fait habituellement l'opération à froid ; lorsque le malade n'a plus de fièvre et que l'abcès a disparu.

Pendant la crise, le traitement palliatif consiste en des compresses froides ou chaudes suivant les cas sur la région douloureuse. L'application d'une vessie de glace donne de bons résultats. Intérieurement, on peut donner quelques gouttes de tinctura opii pour tranquilliser les mouvements péristaltiques de l'intestin et diminuer les douleurs.

La périty phlite nerveuse. — On a tant parlé de périty-phlite ces dernières années, qu'il n'est pas étonnant de voir des personnes nerveuses se croire atteintes de cette affection, dès qu'elles ressentent une douleur dans la région iliaque droite. Celles qui ne connaissent pas bien la localisation de l'appendice se croient parfois atteintes de cette affection en ayant des douleurs dans la région iliaque gauche.

Comme les symptômes qu'elles décrivent correspondent à l'appendicite vraie, on leur ouvre l'abdomen et l'on trouve l'appendice intact.

D'éminents chirurgiens, tels que Roux de Lausanne, et son élève Vulliet ont déjà attiré l'attention des médecins sur la périty phlite nerveuse.

Avant d'opérer, il faut s'assurer que le malade a vraiment eu une crise de périty phlite et l'avis du médecin qui a traité la crise est des plus précieux. Les cas de

périty phlite nerveuse sont assez fréquents et induisent facilement le médecin en erreur.

Le cas suivant en est la preuve.

Il y a quelques années, une jeune Anglaise tombe subitement malade à la Wengernalp. Elle est prise de vomissements et de douleurs intolérables dans la fosse iliaque droite. Elle a en outre chaque soir 39 ou 39,5 de fièvre et le confrère appelé fait immédiatement son diagnostic de périty phlite. Il la soigne pendant six semaines à l'hôtel, mais l'état ne change pas. Il fait venir en consultation un professeur de Berne qui ne peut pas se prononcer. Comme la fin de la saison approche, on décide de transporter la malade dans la plaine avec toutes sortes de précautions. Le confrère la soigne encore pendant six semaines. Aucun abcès ne s'était développé et il n'y avait pas trace de matité dans la région iliaque droite.

Après trois mois de traitement l'état de la malade n'a pas changé. On songe enfin à la possibilité d'une affection purement nerveuse. On fait lever la malade et on l'alimente normalement.

Au bout de peu de jours, la fièvre tomba, les douleurs disparurent et la malade fut guérie. Il s'agissait certainement d'une fièvre nerveuse accompagnée d'algie dans la région iliaque droite. Cette coïncidence et les autres symptômes devaient faire penser à une périty phlite,

mais il manquait cependant des signes réels constatables par la palpation, la percussion ou le toucher rectal.

Essayons d'établir un tableau comparatif des symptômes, permettant de faire un diagnostic différentiel entre la périty phlite vraie et la périty phlite nerveuse.

Périty phlite vraie.	*Périty phlite nerveuse.*
Vomissements.	Vomissements.
Arrêt des selles.	Arrêt des selles.
Fièvre habituelle.	Fièvre nerveuse possible.
Douleur localisée, point de Mac Burney.	Douleur localisée, point de Mac Burney.
Matité à la percussion.	Pas de matité.
Formation d'abcès, que l'on peut constater au toucher rectal.	Pas de formation d'abcès.
	Toucher rectal négatif.

Nous voyons que la périty phlite nerveuse peut avoir une grande analogie avec la périty phlite vraie et qu'à la période initiale, il est bien difficile de faire un diagnostic différentiel.

Les vomissements, l'arrêt des selles, la douleur localisée, la fièvre même peuvent se rencontrer dans la périty phlite nerveuse, comme dans la périty phlite vraie.

Il n'y a donc rien d'étonnant que l'on se soit souvent trompé en faisant un diagnostic.

Les seuls signes certains de périty phlite sont la présence d'une matité dans la région iliaque droite, et la constatation d'une résistance anormale dans la région de l'appendice par la palpation ou le toucher rectal.

Il y a peu de temps, je fus appelé à soigner un cas de pérityphlite à propos duquel je ne pus faire un diagnostic différentiel qu'après plusieurs jours d'observation ; c'est le cas suivant :

M^lle^ de X..., jeune fille très nerveuse, m'est envoyée par son médecin de famille pour faire une cure de suralimentation. L'examen de la malade ne me permet pas de constater quelque chose d'anormal et je lui fais les prescriptions habituelles pour la cure qu'elle doit commencer le lendemain.

Le soir même de son arrivée à l'hôtel, avant de s'être mise à la suralimentation, elle est prise d'une violente douleur dans la région iliaque droite.

Sa dame de compagnie me fait immédiatement appeler. Je ne constate rien d'objectif, pas de fièvre, pas de vomissements.

Averti sur le tempérament nerveux de la jeune fille, je songe naturellement à une simple algie, tout en avertissant la dame de compagnie que nous avions peut-être affaire à une crise d'appendicite. Je conseillai cependant le repos au lit et la diète liquide. Le lendemain, la malade se trouvant mieux vint me voir à la consultation.

Elle avait toujours sa douleur localisée, mais aucun signe objectif ; je lui conseillai cependant de garder le lit. Le jour suivant, elle eut de la fièvre. Comme elle

était dans un hôtel de montagne de la contrée, sa famillle songea à la faire descendre dans la plaine pour qu'elle fût à proximité du médecin. On me fit appeler pour me demander mon avis à ce sujet.

J'examinai de nouveau la malade et constatai une matité dans la région iliaque droite, ainsi qu'une résistance anormale.

Nous étions en présence d'une pérityphlite vraie et ce diagnostic fut confirmé par le P^r^ Roux, de Lausanne, qui vint voir la malade en consultation.

Grâce aux soins appropriés : repos absolu, vessie de glace, tinctura opii, l'affection régressa peu à peu. Trois semaines après la malade put rentrer dans sa famille. Un mois plus tard, elle subit l'opération radicale, qui vint confirmer notre diagnostic de pérityphlite vraie.

J'ai cité ce cas pour démontrer combien le diagnostic différentiel est parfois délicat.

En affirmant trop tôt à la malade qu'elle avait une pérityphlite, je risquais d'entretenir et d'aggraver l'affection, si elle n'avait été que nerveuse. En attendant trop tard, je risquais d'exposer ma malade à de graves dangers.

Les indications que m'avait données le médecin de famille, la mentalité nerveuse de la malade, l'examen médical, tout en un mot devait m'amener au diagnostic de pérityphlite nerveuse.

Si j'avais fait ce diagnostic sans réserve, et si je ne l'avais pas contrôlé chaque jour, j'aurais pu commettre une funeste erreur.

Nous voyons une fois de plus que l'examen consciencieux du malade est de toute nécessité, soit pour le diagnostic différentiel, soit pour la thérapeutique efficace qui en découle.

Autant il est néfaste pour les malades de leur trouver des affections qu'ils n'ont pas, autant il est important de remarquer une affection réelle.

Il faut apprendre à voir juste et le médecin ne saura jamais assez développer son esprit d'observation.

Nous venons d'essayer de faire l'exposé des principales notions de diagnostic différentiel en pathologie digestive. Cette question n'est point simple et nous avons vu combien il est parfois difficile d'arriver à une juste conclusion.

L'examen précis du malade, l'observation impartiale, le jugement exempt de préjugés nous aideront toujours à trouver la solution.

N'oublions jamais qu'en médecine aucun cas n'est absolument semblable à l'autre, et que malgré une sérieuse expérience, on apprend chaque jour quelque chose de nouveau.

Mettons tout notre zèle à résoudre les problèmes qui se posent à notre mentalité. Soyons consciencieux et soyons sincères.

Dans de telles dispositions d'esprit nous aborderons sans crainte les graves questions du diagnostic différentiel, et nous en trouverons la solution pour le bien de nos malades.

LEÇON IV

La dilatation d'estomac. — Erreurs de diagnostic. — La vraie dilatation d'estomac et son traitement. — Diagnostic différentiel entre la dilatation vraie et la dilatation fonctionnelle.

S'il est un diagnostic que l'on fait bien souvent à tort, c'est celui de la dilatation d'estomac.

En écoutant l'histoire de mes malades, il est rare de ne pas entendre qu'ils ont ou qu'ils ont eu une dilatation de l'estomac.

Souvent même à l'examen, je constate un estomac descendant au-dessous de l'ombilic et plus bas encore.

Le malade lui-même le sait, on le lui a démontré à plusieurs reprises, et il fait clapoter son contenu stomacal pour nous éclairer sur le diagnostic.

Eh bien, ces monstrueuses dilatations d'estomac, je les ai vu disparaître dans la majorité des cas après quelques semaines de suralimentation.

Dès lors, je n'ai plus cru à ces dilatations, j'ai répondu à mes malades qu'elles n'avaient pas plus d'importance que d'autres symptômes fonctionnels ; tels qu'un vomissement ou qu'une diarrhée nerveuse. Ils ne contrôlaient plus ces symptômes de dilatation et après six semaines de traitement, ils avaient régulièrement disparu.

Il y a quelques mois, je fus appelé auprès d'une dame de 46 ans, qui se disait atteinte de dilatation d'estomac depuis 15 ans. Elle avait consulté beaucoup de médecins, qui tous avaient conseillé un régime sévère et défendu de boire en mangeant, afin, disaient-ils, de ne pas augmenter la distension des parois stomacales.

La malade avait suivi très docilement divers traitements sans résultat, et s'était finalement résignée à vivre avec sa dilatation.

A l'examen, on constatait un estomac dont la limite inférieure descendait à un travers de main au-dessous de l'ombilic.

Une simple pression contre la paroi abdominale permettait de provoquer du clapotement plusieurs heures après les repas. La malade était amaigrie, elle présentait en outre un rein flottant du côté droit et une rétroversion de l'utérus.

Elle n'avait jamais eu de symptômes d'ulcère rond et l'examen de la région du pylore ne permettait pas de

constater la moindre résistance anormale. En somme nous étions en présence d'une de ces dilatations que nous pourrons appeler fonctionnelles, et qui d'après notre expérience était parfaitement justifiable d'un traitement approprié.

J'affirmai donc à la malade qu'elle pouvait être guérie. Elle eut peine à le croire, alléguant qu'il lui paraissait impossible d'être débarrassée d'une affection dont elle souffrait depuis 15 ans. Elle consentit cependant à faire une cure de repos et de suralimentation sous ma direction. Deux mois après, elle avait gagné 10 kilogrammes. On ne constatait plus aucun symptôme de dilatation d'estomac et son rein était fixé.

Les résultats de ce genre sont si fréquents que, s'ils étonnent les malades que l'on guérit d'une maladie qui les tourmentait depuis longtemps, ils ne sauraient étonner le médecin habitué à ce genre de cures.

Ces faits m'ont amené à la conclusion que l'on diagnostique trop souvent et trop facilement une dilatation d'estomac.

On impressionne à tort le malade, et surtout on entretient son affection souvent pendant des années en se bornant à lui prescrire un régime et une sangle.

A propos de ces malades, on peut de nouveau répéter qu'il ne faut pas songer à guérir seulement des symp-

tômes locaux, mais qu'il faut avant tout songer au traitement général.

On ne peut pas comparer l'estomac à un sac élastique inerte qui se distendra moins si on évite de le remplir ; c'est un organe vivant dont les fibres musculaires se contracteront d'autant mieux qu'elles seront excitées, et que l'on peut fortifier ou entraîner par le travail, comme tout autre muscle de notre organisme.

Il est bien entendu que je ne parle ici que des affections fonctionnelles de l'estomac, et que notre ligne de conduite sera tout autre en présence d'une affection organique.

Les cas de dilatation organique sont cependant d'une fréquence infiniment moindre que ceux de dilatation fonctionnelle.

Afin d'éviter tout malentendu, je tiens pourtant à parler de ce que je considère comme *la dilatation vraie* ou *organique* de l'estomac.

Les quelques cas de ce genre que j'ai rencontrés dans ma clientèle étaient dus soit à une tumeur, soit à la cicatrice d'un ulcère rond dans la région du pylore ou du duodénum.

Un cas typique est le suivant : Il y a 3 ans, je fus appelé dans un hôtel auprès d'un touriste qui souffrait de maux d'estomac. L'affection s'était déclarée depuis peu

de jours, un premier médecin avait diagnostiqué une gastrite et avait prescrit de l'eau de Vichy. L'état général était bon, et un examen superficiel n'aurait pu nous permettre de faire d'autres constatations.

J'examinai consciencieusement le malade, et constatai des symptômes de rétention stomacale. Les limites de l'organe permettaient d'affirmer qu'il y avait une dilatation sans cependant qu'elle fût si prononcée que dans bien des cas de dilatation fonctionnelle.

En outre la palpation me fit découvrir une résistance anormale dans la région du pylore et du duodénum. Deux jours plus tard, on constatait des traces d'hémorragie interne dans les selles du malade. L'anamnèse m'apprit que plusieurs années auparavant le malade avait présenté des symptômes analogues et qu'il avait été traité pour un ulcère de l'estomac.

Le malade avait 55 ans et n'avait jamais eu d'autres maladies. Il était évident qu'un cas de ce genre ressortissait du domaine de la chirurgie. Je l'expliquai au malade et j'eus une consultation à ce sujet avec mon ami, le Dr Steinmann, de Berne. Ce dernier fut de mon avis et conseilla une intervention chirurgicale.

L'opération eut lieu quelques jours plus tard, et nous fûmes en présence d'une tumeur maligne du duodénum qui s'était étendue jusqu'au foie et au pylore. Une opé-

ration radicale n'était plus possible et nous dûmes nous contenter de faire une gastro-entérostomie d'après la méthode de Kocher, afin de supprimer l'obstacle à l'écoulement stomacal et de permettre au malade de se fortifier pour lutter contre la terrible affection.

J'ai décrit ce cas, afin de démontrer combien j'apprécie les services que peut nous rendre la chirurgie, et comment je n'hésite pas à y recourir lorsque j'en vois la nécessité.

Mais hélas, il faut avouer que l'on a trop opéré. Les chirurgiens sérieux le reconnaissent eux-mêmes ; et ils tendent, eux aussi, à exclure maintenant du domaine de la chirurgie des affections purement fonctionnelles justifiables d'un traitement plus simple et plus efficace.

Comme nous l'avons vu, il importe avant tout de faire un diagnostic différentiel et seul, l'examen minutieux du malade pourra nous garder d'erreurs éventuelles.

Nous poserons donc, en principe, la règle que dans tous les cas où l'on constate un obstacle mécanique à l'écoulement stomacal, le traitement de la dilatation par la rééducation et la suralimentation est absolument contre-indiqué. Nous avons affaire à une *dilatation vraie* de l'estomac et il faut supprimer l'obstacle afin d'augmenter l'alimentation du malade.

Le meilleur moyen de résoudre la question est la gas-

tro-entérostomie qui consiste dans une anastomose de la partie la plus déclive de l'estomac avec l'intestin, de sorte que les aliments passent très facilement de l'estomac à l'intestin sans avoir à franchir l'ancien obstacle qui était cause de la dilatation. Il va sans dire que, si cet obstacle est une tumeur ou une cicatrice suspecte, il est indiqué de l'extirper tout en faisant la gastro-entérostomie.

On s'étonnera peut-être de voir un médecin qui n'opère pas ses malades recommander ainsi une opération chirurgicale. Je suis d'avis qu'il ne faut rien négliger pour le bien de nos malades et que si dans un certain cas la chirurgie peut nous rendre un signalé service, il ne faut pas hésiter à y recourir.

Un exemple me permettra de confirmer ces affirmations.

M. X..., maire d'une importante conmune de la Suisse, avait souffert de l'estomac pendant nombre d'années. On avait soupçonné un ulcère sans pouvoir le diagnostiquer d'une façon certaine. Bientôt on constata des symptômes typiques de dilatation d'estomac. Le médecin traitant ordonna un régime sévère que le malade suivit docilement pendant plusieurs mois, sans aucun résultat.

L'état s'aggravait, le malade maigrissait à vue d'œil et s'affaiblissait d'une façon alarmante. On essaya de lui faire des lavages d'estomac qui ne firent que tourmenter le patient sans amener d'amélioration.

L'état du malade était désespéré et son médecin pensa qu'il était atteint de cancer.

En désespoir de cause, on le conduisit chez le Pr Kocher à Berne qui constata une cicatrice dans la région du pylore et fit une gastro-entérostomie.

Au bout de quelques jours le malade put digérer normalement et en peu de semaines il retrouva son poids d'autrefois. Il avait été sauvé par la gastro-entérostomie.

Lorsque je le vis, il y avait plus de 4 ans qu'il avait été opéré et il se portait toujours à merveille.

Il continuait à s'occuper avec activité des affaires de sa commune, il avait eu deux enfants depuis son opération et venait d'être nommé Directeur de Banque. Dans la contrée, chacun bénissait le Pr Kocher d'avoir rendu la vie à un homme d'une telle valeur.

S'il est possible de constater une *dilatation vraie,* le seul traitement rationnel est la gastro-entérostomie.

Cette opération donne d'excellents résultats à condition qu'elle soit faite par un chirurgien consciencieux qui soit sûr de ses sutures intestinales.

La mort post-opératoire de ces cas est souvent due à la péritonite par perforation. Aussi est-il de toute importance que la suture soit bien faite.

Si j'ai vu des cas de gastro-entérostomie donner d'excellents résultats dans le service de mon ancien maître le Pr Kocher, j'ai vu des cas analogues, opérés par d'autres chirurgiens moins méticuleux, succomber fréquemment de la péritonite.

La gastro-entérostomie a donc, comme d'autres méthodes, la valeur de celui qui l'applique.

Les considérations qui précèdent suffiront à faire comprendre ma manière de voir, et l'on ne me fera pas le reproche de vouloir traiter toutes les affections de l'estomac par la rééducation.

Il n'en reste pas moins vrai que l'on diagnostique à tort et à travers des dilatations de l'estomac, et que dans la bonne société l'on rencontre plus d'estomacs dilatés que d'estomacs normaux.

On voit aujourd'hui des personnes qui vous disent : « Oh ! docteur, j'ai une dilatation » comme l'on disait autrefois : « J'ai des vapeurs » ou « j'ai la migraine ».

Il y a évidemment erreur et aucun praticien raisonnable ne saurait le contester.

Une des causes d'erreur est le fait que l'on admet que du clapotement dans la région de l'estomac est un signe de dilatation. Les malades le savent si bien, ou ont été instruits dans ce sens avec tant de soins par les médecins, qu'ils vous démontrent eux-mêmes la présence de leur

clapotement, en ajoutant: « Vous voyez bien, que j'ai de la dilatation ».

Une de mes malades avait tant d'expérience dans ce genre de démonstration qu'elle provoquait son clapotement par certains mouvements du torse ; elle me regardait en même temps d'un air à dire: « Osez prétendre que je n'ai pas de dilatation, tous les médecins me l'ont dit et je vous le prouve. »

Cette brave dame n'avait heureusement, comme beaucoup d'autres, sa dilatation que dans sa mentalité et elle fut guérie par la suralimentation.

Il y a quelque temps un confrère vint me trouver et me raconta l'anecdote suivante.

« En mettant en pratique vos principes de thérapeutique je viens d'opérer un miracle : une malade était soignée depuis des mois pour une dilatation d'estomac. Son médecin ne cessait de lui répéter : « On pourra peut-être vous améliorer, mais jamais vous ne vous guérirez. » « J'ai affirmé à la malade qu'il n'en était rien, qu'elle n'avait qu'à manger copieusement sans s'inquiéter de son estomac et qu'elle se guérirait parfaitement. Au bout de quinze jours, elle allait très bien. »

Ce confrère qui fit un miracle avait compris. Il tranquillisa la malade, lui témoigna un véritable intérêt, songea à sa mentalité pour guérir son estomac. Il la fit man-

ger et dans quelques jours cette dilatation soi-disant inguérissable fut à jamais guérie.

Une guérison de ce genre n'est point un miracle, nous en avons tous les jours et nous ne prétendons pas faire de miracles.

Tout médecin, faisant preuve d'un peu de clairvoyance et de bon sens, pourra faire des cures semblables, à condition de faire un bon diagnostic et de ne pas prendre pour des dilatations vraies les innombrables dilatations fonctionnelles que l'on rencontre dans la clientèle.

Afin de faciliter le diagnostic différentiel de ces affections, je vais essayer de dresser un tableau comparatif des symptômes ou des signes caractéristiques de l'une et l'autre de ces affections.

DILATATIONS D'ESTOMAC

Dilatation vraie.	*Dilatation fonctionnelle.*
1. L'anamnèse permet souvent de constater des symptômes d'ulcère rond.	1. Généralement le malade n'a pas eu d'affection organique de l'estomac antérieurement.
2. On constate presque toujours une résistance anormale dans la région du pylore ou du duodénum.	2. On ne constate pas de résistance anormale à l'orifice de l'estomac. Il faut se garder de prendre le bord d'un des grands droits de l'abdomen pour une résistance anormale.
3. On constate souvent du clapotement longtemps après les repas.	3. Le clapotement n'est d'aucune utilité au point de vue du diagnostic différentiel.
4. La présence d'acide lactique à	4. La présence d'acide lactique est

DILATATIONS D'ESTOMAC

Dilatation vraie.	*Dilatation fonctionnelle.*
l'examen du suc gastrique doit faire penser à une tumeur cancéreuse.	généralement moins manifeste que dans la dilatation vraie, mais elle ne permet pas de tirer une conclusion.
5. L'hyperchlorhydrie parle en faveur d'une cicatrice d'ulcère.	5. L'hyperchlorhydrie, comme tout autre résultat chimique de l'examen du suc gastrique, ne dénote rien de spécial.
6. La suralimentation aggrave l'état du malade, augmente ou produit des vomissements.	6. La suralimentation guérit le malade en peu de temps.
7. L'examen du sang à l'hémoglobinomètre dénote une diminution de l'hémoglobine. Elle est surtout caractéristique si la maladie a été de longue durée.	7. L'examen du sang à l'hémoglobinomètre ne dénote pas de diminution appréciable de l'hémoglobine.
8. La maladie s'est développée lentement.	8. La maladie a souvent eu un début rapide, elle s'est généralement aggravée à la suite d'une consultation médicale où l'on a parlé pour la première fois de dilatation d'estomac.
9. La dilatation vraie n'a pas d'affections concomitantes.	9. La dilatation fonctionnelle est généralement accompagnée d'autres troubles de l'état général tels que, ptose des viscères, rein flottant, rétroversion de l'utérus, entérite muco-membraneuse, etc.
10. Le malade n'a pas la tendance à consulter beaucoup de médecins.	10. Le malade est souvent un nerveux et a consulté de nombreux médecins.

Les dix points de comparaison que je viens de mettre en présence n'ont rien d'absolu. Ce sont les conclusions

générales que j'ai habituellement constatées, mais elles n'ont rien d'inéluctable. Rien n'est plus dangereux pour un médecin qu'une façon schématique de penser.

Il court le danger de sacrifier la vérité scientifique à son schéma.

La biologie ne peut vivre dans un cadre aussi étroit, et sa grande fille la médecine risque souvent de s'y égarer.

Pour mieux faire comprendre notre pensée, nous allons reprendre, l'un après l'autre, les dix points de comparaison du tableau précédent.

1. Les malades atteints de dilatation vraie ont souvent dans leur anamnèse des symptômes d'ulcère rond, tandis que c'est l'exception pour les cas de dilatation fonctionnelle.

2. Dans la dilatation réelle, il y a un véritable obstacle à l'écoulement du contenu stomacal et la palpation permet généralement de constater une résistance.

Ce n'est pas le cas dans la dilatation fonctionnelle ; chez certains sujets amaigris il y a un écartement des muscles droits de l'abdomen, et l'on est tenté de prendre l'un des bords internes pour une résistance anormale.

Ce détail de diagnostic est très important, puisque suivant les cas le traitement sera diamétralement opposé.

Pour faire la palpation dans de bonnes conditions, il faut éviter que les muscles de l'abdomen se raidissent.

Pour cela on conseille au malade, étendu sur le dos, de plier les jambes, d'ouvrir la bouche et de respirer profondément.

3. Le clapotement, plusieurs heures après le repas, se constate aussi bien dans les dilatations vraies que dans les dilatations fonctionnelles. Dans ces dernières, il est même souvent plus prononcé que dans les premières.

Nous voyons que ce symptôme ne peut pas nous servir pour le diagnostic différentiel. Il frappe l'imagination des malades, comme celle des médecins, et l'association d'idées : clapotement-dilatation d'estomac, n'est que trop implantée dans les mentalités. Elle est erronée et ses conséquences peuvent être dangereuses au point de vue thérapeuthique.

4. L'examen chimique du suc gastrique n'est d'aucune utilité pour faire le diagnostic différentiel entre une dilatation vraie et une dilatation fonctionnelle.

La présence d'acide lactique peut être constatée dans l'un ou dans l'autre cas.

5. L'hyperchlorhydrie ne permet pas non plus de trancher la question.

La seule utilité de l'examen chimique du suc gastrique

est, comme nous l'avons vu, de faciliter le diagnostic différentiel du cancer et de l'ulcère rond.

6. La suralimentation aggrave les cas de dilatation vraie. L'obstacle ne pouvant être surmonté, la stase stomacale augmente, et le malade est pris de malaises et de vomissements.

Ce n'est pas le cas dans la dilatation fonctionnelle, lorsqu'on a débarrassé le malade de ses auto-suggestions maladives. Au bout de peu de temps, il digère tout ce qu'on lui donne, il augmente de poids, le clapotement disparaît et il n'y a plus aucun signe de dilatation.

7. L'hémoglobinomètre permet de constater l'état du sang des malades. L'expérience nous a démontré que dans la dilatation fonctionnelle, comme dans d'autres troubles fonctionnels, il est presque normal.

Dans les cas de dilatation vraie datant d'un certain temps, l'hémoglobine est diminuée, surtout si la résistance anormale est une tumeur maligne.

8. Vu les différences essentielles qui existent entre une dilatation vraie et une dilatation fonctionnelle, on trouve des éléments de diagnostic différentiel dans le développement de ces affections.

La dilatation vraie a un développement lent et progressif, en rapport avec celui de l'obstacle mécanique à l'écoulement stomacal.

La dilatation fonctionnelle a un développement plus capricieux. Elle dépend plutôt de l'état général, et ses manifestations augmentent avec l'amaigrissement progressif.

Elle est la conséquence d'un affaiblissement général, tandis que la dilatation vraie en est la cause.

Les malades atteints de dilatation fonctionnelle sont souvent des auto-suggestibles, et il a suffi parfois d'un diagnostic médical pour déclancher leur affection.

9. La dilatation vraie est une affection pour elle-même ; tandis que la dilatation fonctionnelle n'est souvent qu'un symptôme isolé d'un syndrome caractéristique.

On rencontre de la dilatation fonctionnelle chez des malades qui souffrent de ptose viscérale généralisée.

Le rein flottant, la rétroversion de l'utérus, l'entérite muco-membraneuse ne sont que trop souvent les symptômes concomitants d'une même affection.

En soignant le malade, au lieu de traiter ces divers symptômes, on obtient facilement la guérison. Il ne faut donc pas se borner à examiner l'estomac. Un examen général pourra seul nous donner des indications utiles.

10. Les malades atteints de dilatation vraie n'ont pas la tendance à se tourmenter de leur état. Ce ne sont pas eux qui consultent beaucoup de médecins, aussi est-il de toute importance de faire chez eux un diagnostic précis dès leur première visite. Un diagnostic tardif risque d'être préjudiciable au malade.

Les dilatés fonctionnels consultent beaucoup de médecins, et je ne fus pas peu étonné d'avoir un jour à ma consultation une malade de ce genre qui avait vu 35 médecins. Ce fait s'explique par la tendance des praticiens à prescrire des régimes qui ne guérissent pas, mais débilitent, de sorte que les malheureux malades avides de guérison vont de consultation en consultation.

Si nous récapitulons les considérations précédentes, nous voyons que le point de diagnostic différentiel le plus important est la constatation dans la *dilatation vraie* d'une *résistance* dans la région du pylore ou du duodénum.

C'est de la palpation que dépend le sort des malades, et dans les cas douteux, il ne faut pas hésiter à demander l'avis d'un chirurgien expérimenté dans ce genre d'examen.

Parmi les signes secondaires, l'histoire du malade sera d'une indication précieuse.

L'examen général ne devra jamais être négligé. Si l'on rencontre le syndrome qui accompagne habituellement les dilatations fonctionnelles, le problème sera plus facile à résoudre.

Nous venons de traiter un des chapitres les plus importants de la pathologie digestive.

Nous avons vu combien il est nécessaire de faire un diagnostic différentiel précis, puisque le salut de nos malades en dépend.

J'ai cherché à délimiter d'une façon impartiale les sphères d'activité du chirurgien et du médecin interne, et je crois avoir trouvé la solution dans leur collaboration solidaire.

La chirurgie est une méthode de notre science médicale et nous devons y recourir chaque fois que l'intérêt du malade l'exige.

Rien n'est plus illogique que les rivalités qui existent dans certaines Universités entre le Professeur de chirurgie et celui de médecine interne.

Leur collaboration est nécessaire pour le bien des malades. Le médecin interne doit savoir remettre au chirurgien une tumeur de l'estomac, de même que le chirurgien doit laisser au médecin interne le traitement des dilatations fonctionnelles.

En médecine, l'esprit de parti est plus dangereux qu'en politique, puisque la vie de nos semblables peut en dépendre.

Un diagnostic différentiel serré et de l'éclectisme raisonné dans le choix du traitement resteront toujours les qualités indispensables des bons médecins.

Et maintenant que nous avons mis en parallèle la dilatation vraie et la dilatation fonctionnelle, en donnant à la question chirurgicale la place qu'elle mérite, nous pourrons sans arrière-pensée continuer l'étude des affections fonctionnelles des voies digestives.

LEÇON V

L'atonie stomacale et son traitement.

Nous venons de parler de dilatation fonctionnelle de l'estomac, pour la comparer avec la dilatation vraie et pour ne pas supprimer brusquement une expression qu'emploient tous les médecins.

Le terme de dilatation effraye les malades ; il invite déjà au régime restreint. Il semble naturel qu'en ne remplissant pas l'estomac, il reprenne des dimensions normales. C'est une conception physico-chimique, mais ce n'est point une conception biologique, et nous voyons l'état de ces malades s'aggraver par une alimentation insuffisante.

Je proposerai donc de remplacer le terme de *dilatation* par celui *d'atonie stomacale,* dans tous les cas de stase stomacale où l'on n'a pas une dilatation vraie.

Bien souvent, il m'a été possible de tranquilliser un malade désespéré en lui disant : « Vous n'avez pas de la

dilatation d'estomac, comme vous le pensiez, vous n'avez que de la simple atonie stomacale, qui n'est pas grave. »

Cette phrase paraît banale et pourtant que de visages anxieux ai-je vu s'illuminer d'espérance en l'entendant. Or l'espérance, c'est le commencement de la confiance et la confiance, c'est la guérison dans tous les cas de ce genre.

Nous voyons donc que l'action thérapeutique du médecin commence déjà avec la dénomination qu'il donne au syndrome de symptômes qu'il constate, et qu'il a intérêt à éviter des termes qui frappent défavorablement l'imagination du malade.

En outre l'expression : *atonie stomacale* correspond mieux à l'explication des faits. L'estomac est un muscle creux dont les fibres sont momentanément atoniques.

On sait qu'un muscle peut être fortifié par l'exercice et vous n'étonnerez plus les malades en leur disant : « Mangez pour fortifier votre estomac. »

Il paraît donc avantageux de remplacer le terme de dilatation fonctionnelle par celui d'atonie stomacale pour les 3 raisons suivantes :

1. Parce qu'il effraye moins les malades ;

2. Parce qu'il correspond mieux à la réalité ;

3. Parce qu'il implique déjà par lui-même une thérapeutique rationnelle.

L'atonie stomacale est une affection excessivement fréquente. On la rencontre souvent à la suite de maladies graves, pendant lesquelles le malade n'a pas pu être alimenté d'une façon convenable. Elle est habituelle chez les malades fatigués qui ont perdu l'appétit et qui mangent mal.

Les symptômes en sont le clapotement anormal, le manque d'appétit, la constipation et l'amaigrissement général.

Les limites de l'estomac sont souvent exagérées, ce qui fait songer à la dilatation.

Le clapotement ne permet donc pas de diagnostiquer une dilatation de l'estomac ; c'est un signe de stase que l'on peut aussi bien constater dans le colon transverse que dans l'estomac. Il n'indique qu'une chose certaine : c'est la paresse mécanique du système digestif dont les mouvements péristaltiques sont ralentis.

Le manque d'appétit provient surtout du fait que les malades ont perdu l'habitude de manger.

On leur a recommandé de ménager leur tube digestif déjà surmené, et ils n'ont pas osé manger.

L'appétit, plus que toute autre fonction physiologique,

est une habitude, et les anorexiques sont pour la plupart des malades qui ont perdu l'habitude de manger.

Que de fois ai-je vu des malades souffrant d'atonie de l'estomac me dire : « Il m'est impossible de manger, je n'ai pas d'appétit et les aliments ne profitent pas quand on n'a pas faim. — C'est une erreur » leur ai-je dit, « il ne faut pas manger pour son plaisir et satisfaire son appétit, mais par devoir et pour se fortifier. »

Tous ces malades, qui commençaient à se nourrir par devoir, mangeaient de bon appétit au bout de quelques jours et de tous les cas que j'ai traités, je n'en connais aucun qui n'ait pas augmenté de poids.

La constipation opiniâtre dont ils font preuve n'est qu'une conséquence de l'alimentation insuffisante, et il faut se garder de la combattre par des laxatifs.

Elle est secondaire et disparaît d'une façon infaillible dès que le malade se nourrit.

L'amaigrissement souvent assez rapide que l'on constate chez les malades atteints d'atonie stomacale est le symptôme auquel je donne le plus d'importance.

Il n'est pas rare de constater chez les malades très amaigris des symptômes suspects du côté des poumons. Ils sont moins résistants et les conséquences que peut avoir leur état sont plus à craindre que l'état lui-même. Je m'empresse d'ajouter que ces symptômes pulmonaires

sont secondaires, et qu'ils disparaissent dès que le malade s'est fortifié.

Il est cependant imprudent de laisser traîner ces troubles digestifs qui ont une répercussion sur tout l'organisme, et je suis persuadé que lorsque l'on aura mieux compris le traitement de ces affections, on préviendra plus souvent des maladies secondaires graves et que la tuberculose, en particulier, sera évitée dans bien des cas. Il est plus facile de prévenir cette affection que de la guérir, et le meilleur moyen de la prévenir est de ne pas laisser tomber nos malades dans un état de moindre résistance.

En face d'une atonie stomacale, la ligne de conduite du praticien sera de fortifier son malade, sans se préoccuper d'une façon exagérée des symptômes constatés.

C'est une erreur de vouloir supprimer le clapotement par une alimentation sèche et restreinte, de même que c'est une erreur de ne s'attaquer qu'à la constipation.

Il faut remettre en mouvement le système digestif en le faisant travailler.

On croit à tort que pour les fortifier, il faut donner aux malades des aliments ayant le plus de valeur nutritive sous le plus petit volume possible. Les extraits de viande et les innombrables spécialités, que l'on vend dans ce but, sont absolument contre-indiqués chez les malades souffrant d'atonie stomacale.

Il faut leur donner une alimentation variée et copieuse, qui provoquera le travail mécanique de l'organe, et qui le fortifiera en le faisant travailler.

Le pain en grande quantité, les pommes de terre, le lait, les pâtes alimentaires, les lacto-farineux en général vous mèneront plus vite au but que toutes les spécialités concentrées.

De cette façon, au bout de peu de jours, la constipation opiniâtre disparaît, les péristaltiques du tube digestif reprennent leur fonctionnement normal, et l'on obtient la guérison d'atonies stomacales qui duraient souvent depuis des années.

Comment faut-il procéder pour faire profiter les malades d'un traitement aussi efficace ?

Tout d'abord, il faut savoir écouter longuement et patiemment son malade. Il n'y a rien dans l'anamnèse qui ne puisse être d'une certaine utilité.

C'est en écoutant votre malade que vous saurez s'il a eu des symptômes d'ulcère rond, s'il a été traité pour une affection de ce genre. Vous pourrez ainsi d'ores et déjà envisager la possibilité d'une cicatrice ou d'une dilatation vraie. Vous apprendrez en outre, si le malade a suivi divers traitements, les effets qu'ils ont produits. Vous serez mis au courant parfois de certaines paroles imprudentes prononcées par un confrère, et vous profi-

terez de la leçon pour ne pas commettre la même faute.

Enfin, en laissant parler votre malade, vous apprendrez à le connaître, vous découvrirez les traits saillants de sa mentalité et vous serez plus apte à le guérir.

Je me souviens d'avoir écouté, 3 heures durant, une histoire de malade en notant les principaux points et je ne l'ai jamais regretté.

Il est vrai qu'en procédant de cette façon, les heures de la journée ne suffisent plus pour voir tous ses malades, mais peu importe ; pour le bien de ceux qui se confient à nos soins, il faut s'efforcer de ne jamais être pressé. Et puis, comment l'être en face de malheureux qui ont fait un long voyage pour venir vous raconter leurs misères, qui considèrent souvent vos conseils comme leur dernière planche de salut et dont vous êtes peut-être le suprême espoir.

En vous racontant ses peines, le malade vous témoigne déjà de la confiance, vous êtes son confident et vous êtes sur le point de devenir son ami.

Or, je crois que ce fait est de première importance pour le médecin qui tient à guérir ; car, si l'intelligence vous permet de choisir un traitement approprié, le cœur vous aide certainement à l'appliquer.

En voilà beaucoup dit à propos de la façon d'écouter

les histoires de malades, mais je tenais à exprimer le fond de ma pensée.

Le médecin ne saurait avoir trop de notions sur l'état d'esprit de ses patients, et il ne peut y parvenir qu'en prenant une anamnèse sérieuse.

Après en avoir noté les traits principaux, il faut passer à l'examen du malade, non pas à un examen local, comme le ferait un médecin qui ne veut s'occuper que de l'estomac, mais à un examen général aussi complet que possible. Ne négligez rien, auscultez les poumons et le cœur, passez en revue les divers réflexes, examinez l'urine, utilisez l'hémoglobinomètre pour avoir une idée sur l'état du sang.

En procédant ainsi, vous ne risquez pas de tomber dans le piège tendu au médecin spécialiste.

Ce n'est qu'après avoir une idée générale de l'état du malade qu'il faut passer à l'examen du système digestif.

La percussion et surtout la palpation de l'abdomen permettront d'établir un diagnostic.

Il faut exclure toute affection organique et surtout la dilatation vraie de l'estomac. Quand on est sûr de son fait, on prescrit le traitement approprié.

Traitement de l'atonie stomacale.

Comme nous l'avons déjà laissé entrevoir, notre traite-

ment de l'atonie stomacale n'est autre que la rééducation du système digestif par la suralimentation.

A ce propos, nous distinguons deux façons de procéder suivant la gravité de l'état des malades. Dans les cas d'atonie stomacale légère et passagère, nous arrivons à la suralimentation sans rien changer au genre de vie du malade.

Dans les cas chroniques, datant souvent de plusieurs années, nous prescrirons le repos au lit et la diète lactée initiale pendant 3 à 5 jours.

Traitement de l'atonie stomacale passagère.

C'est le cas de malades qui se sont toujours bien portés, et qui à la suite d'une maladie ou d'une indisposition passagère ont cessé de s'alimenter normalement. La cause initiale peut être aussi morale : le malade a eu un chagrin, une contrariété ou une émotion vive qui lui a coupé l'appétit.

Quand il vient vous consulter, vous constatez de la stase stomacale, la langue est parfois chargée, il se plaint de lourdeur dans la région de l'estomac et vous dit qu'aucun aliment ne lui fait plaisir.

Si la cause de cet état a été une grippe, une influenza, ou un autre malaise, il faut expliquer au malade qu'il

faut manger pour se fortifier et que c'est le meilleur moyen de raccourcir la convalescence.

Si l'anorexie provient d'une cause morale, il faut à tout prix mettre le doigt sur la plaie et la panser, de crainte de voir cet état se prolonger. L'expérience nous apprend que le mal que peut faire une pensée anxieuse est difficilement compensé par la suralimentation, et que l'atonie stomacale se guérit plus vite quand on a le cœur léger.

Ensuite on s'informe du genre de vie du malade, de son alimentation habituelle, puis on lui prescrit son traitement, en ayant soin d'inscrire noir sur blanc tout ce qu'il y a à faire. Les prescriptions vagues telles que « mangez davantage, prenez du lait entre les repas » ne suffisent pas. Il vaut mieux préciser et faire promettre au malade qu'il suivra à la lettre tous les conseils que vous lui donnez par écrit.

Pour illustrer d'un exemple cette manière de faire, voici le texte d'une de ces prescriptions destinée à une malade souffrant d'atonie stomacale passagère :

Madame X..., à l'hôtel du Château à Vevey.

8 heures. — **Déjeuner** : Café au lait, beurre, confitures, 3 morceaux de pain.

10 heures. — 1/2 litre de lait.

12 heures 1/2. — **Lunch** : Potage, poisson, viande et légumes, dessert, 3 morceaux de pain.

4 heures. — 1/2 litre de lait.

7 heures. — **Dîner** : Potage, poisson, viande et légumes, dessert, 3 morceaux de pain.

Ne pas se tourmenter inutilement et prendre la vie du bon côté.

On remarque que la suralimentation consiste en un litre de lait par jour et une proportion abondante de pain au moment des repas.

Au bout de peu de temps, l'atonie stomacale disparaît et il n'est pas rare de voir des malades gagner 1 kilogramme par semaine, sans rien modifier à leur genre de vie.

Dès qu'ils ont retrouvé leur poids normal, on peut supprimer la suralimentation lactée.

Les cas de ce genre se rencontrent fréquemment à la consultation du praticien qui fait de la clientèle générale.

Ils ont donc un intérêt pratique tout particulier, aussi ne puis-je hésiter à relater le cas d'une malade que j'ai présentée à mes élèves au semestre d'été 1906.

Il s'agissait de M^me^ X..., veuve de 46 ans, qui exerçait le métier de coiffeuse :

La malade a eu de tout temps une vie très difficile. Elle habitait Saint-Étienne où elle s'occupait de son ménage.

A la mort de son mari, elle se trouva sans moyen

d'existence et se réfugia avec son jeune garçon à Genève, pour y exercer le métier de coiffeuse. Les premiers temps sont durs, mais elle finit par avoir une jolie clientèle. Bientôt elle a du travail du matin au soir, elle n'a plus le temps de prendre des repas réguliers et perd l'appétit. Elle a de la peine à vaquer à ses occupations, est constamment fatiguée, elle se décide à consulter un médecin qui lui trouve une dilatation d'estomac et lui prescrit des médicaments.

Elle mange de moins en moins, continue à s'affaiblir et se désespère à l'idée qu'elle devra suspendre son travail et se trouver dans la misère.

C'est à ce moment qu'une de mes malades, dont elle était la coiffeuse, me pria de lui accorder une consultation.

L'anamnèse et l'examen général ne dénotaient rien de particulier. — Elle n'avait jamais été malade auparavant. La palpation me permit de constater de l'atonie stomacale qu'il fallait guérir sans modifier son genre de vie, puisqu'elle avait besoin, avant tout, de gagner son pain quotidien et qu'une interruption de son travail risquerait de lui faire perdre sa clientèle.

Je commençai par la rassurer en lui affirmant qu'elle n'avait pas de dilatation d'estomac, que l'atonie dont elle souffrait était passagère et facilement guérissable. Elle

comprit facilement qu'il fallait manger pour se fortifier, et elle fut très heureuse lorsque je lui dis qu'elle n'avait pas besoin de médicaments.

Selon mon habitude, je lui fis, par écrit, les prescriptions suivantes :

7 heures. — **Déjeuner** : Pain, beurre, confitures en abondance.
10 heures. — 1/2 litre de lait.
12 heures. — **Diner** copieux : Potage, viande, légume et beaucoup de pain.
4 heures. — 1/2 litre de lait.
7 heures. — **Souper** copieux : Potage, viande, légume, beaucoup de pain.

J'ajoutai au bas de la prescription :

Prendre courage et avoir confiance dans sa guérison.

Se répéter constamment qu'il faut bien manger pour retrouver des forces.

Notre brave femme mit en pratique ces conseils.

Chaque jour elle partait de la maison avec un demi-litre de lait dans sa poche, qu'elle buvait à l'heure fixée.

Au bout de peu de temps, elle se sentit mieux.

Elle retrouva son poids normal et son bon appétit.

Elle raconta, elle-même, le résultat de sa cure lorsque je l'ai présentée à mes élèves et dans son contentement elle ajouta :

« Ce qui m'a fait le plus de bien, ce sont les confitures aux oranges que je prenais chaque matin. Si vous avez mal à l'estomac, prenez de la confiture aux oranges. »

Elle faisait preuve ainsi d'une tendance psychologique, trop répandue chez les malades et les médecins, qui consiste à tirer hâtivement des conclusions de cause à effet.

Traitement de l'atonie stomacale chronique.

Les cas d'atonie stomacale chronique sont ceux qui depuis des années cherchent en vain la guérison.

Ils ont consulté beaucoup de spécialistes qui tous ont diagnostiqué une dilatation d'estomac et prescrit un régime sévère. On a essayé de ce régime pendant des semaines, pendant des mois même. Ne voyant pas de résultat, on a consulté un autre spécialiste qui de nouveau a prescrit un régime, et ainsi de suite.

Ces régimes diffèrent souvent diamétralement, mais ils ont tous ceci de commun, qu'ils représentent une alimentation insuffisante pour le malade affaibli, et surtout que le volume du bol alimentaire est trop faible pour stimuler la tonicité de l'estomac.

En face de malades de ce genre, qui ont tant consulté en vain, la tâche du médecin est souvent difficile.

Ils ont complètement perdu l'habitude de s'alimenter

normalement, ils sont extraordinairement affaiblis et bien souvent ce sont des nerveux, qui s'impatientent facilement et qui manquent de persévérance dans leur traitement.

Il faut donc d'emblée poser ses conditions, afin d'assurer l'avenir et d'obtenir le temps nécessaire à la guérison.

Je n'hésite donc pas à m'exprimer auprès de ces malades-là, après les avoir examinés, de la façon suivante :

« Je suis prêt à entreprendre votre traitement et j'ai le plus parfait espoir dans votre guérison, mais je réclamerai d'abord de vous deux conditions qui me sont nécessaires, ce sont votre confiance absolue et une soumission complète... »

Une fois d'accord sur ce point, j'expose le plan de la cure, dont les facteurs essentiels sont les suivants :

1° L'entraînement graduel du système digestif par la diète lactée initiale ;

2° Le repos absolu jusqu'au moment où le malade a retrouvé son poids normal ;

3° La suralimentation.

Nous allons reprendre séparément ces 3 points, afin d'avoir une idée de leur importance réciproque.

1. *L'entraînement graduel du système digestif.* — Comme nous l'avons vu, les malades atteints d'atonie stomacale chronique ne savent plus s'alimenter, ils en

ont perdu l'habitude. Souvent en leur parlant immédiatement de suralimentation, on risquerait de les effrayer. Combe, de Lausanne, l'a si bien compris, qu'il prescrit à ses malades un entraînement graduel qui dure jusqu'à 3 ans. Dans les cas d'atonie stomacale chronique, l'entraînement graduel que nous prescrivons n'est que de peu de jours et suffit parfaitement à faire accepter la suralimentation aux malades.

Je choisis pour cela la diète lactée, qui a été recommandée par le Pr Dubois, de Berne, et qui est très commode pour le dosage exact des quantités. Comme le lait est un puissant facteur de suralimentation, il est bon que les malades s'y habituent dès le commencement de la cure.

Je leur explique que pour rééduquer leur estomac qui a perdu l'habitude de travailler, je vais leur donner du lait pendant les cinq premiers jours, en augmentant graduellement la quantité. « A partir du 6e jour, leur dis-je, nous pourrons passer à la suralimentation. » Cette affirmation les effraye parfois, ils se demandent comment au bout de si peu de temps, ils seront en état de supporter la suralimentation. Je les rassure en leur citant des cas analogues, et ils n'ont jamais de peine à accepter les prescriptions suivantes [1] :

1. Pour fixer cette diète graduelle, je me suis basé sur les expériences du

	1er JOUR	2e JOUR	3e JOUR	4e JOUR	5e JOUR	A PARTIR DU 6e JOUR
	déc. lait.	déc. lait.	déc. lait.	déc. lait.	déc. lait.	
8 heures . .	1	1 1/2	2	3	4	**Déjeuner**
10 — . .	1	1 1/2	2	2	2	3 déc. lait
12 — . .	1	1 1/2	2	3	4	**Lunch**
2 — . .	1	1 1/2	2	2	2	
4 — . .	1	1 1/2	2	2	2	3 déc. lait
6 — . .	1	1 1/2	2	3	4	**Dîner**
8 — . .	1	1 1/2	2	2	2	3 déc. lait
TOTAL. .	7	10 1/2	14	17	20	

En procédant ainsi, je n'ai jamais vu un malade ne pas arriver à supporter tout son lait. On arrive peu à peu à de plus grandes quantités, et dès que l'on prend deux litres par jour l'alimentation est très satisfaisante.

J'ai vu une malade souffrant de néphrite chronique reprendre des forces quoiqu'en ne prenant, pour toute alimentation, que deux litres de lait par jour pendant plus de 6 mois.

Si donc pour une raison ou pour une autre, le médecin ne juge pas propice de passer à la suralimentation dès le 6e jour, il n'y aura aucun désavantage pour le malade à prendre pendant quelques jours ses deux litres de lait.

Pr Dubois de Berne et sur le tableau qu'il a dressé dans son livre sur les *Psychonévroses*.

2. *Le repos absolu.* — Chez tous les malades affaiblis, souffrant d'atonie stomacale chronique, le repos au lit est très favorable.

En évitant toute dépense de force, on assimile mieux et l'on retrouve plus vite son poids normal.

Il est surtout indiqué pendant la période initiale de diète lactée.

Dès que le malade a retrouvé son poids, je lui permets de s'étendre sur la chaise longe et peu à peu, graduellement, il peut rester debout quelques heures dans la journée. La durée moyenne de la cure de repos est de 4 à 8 semaines.

3. *La suralimentation* est le facteur principal dans le traitement de l'atonie stomacale chronique, aussi bien que dans celui de l'atonie passagère. Plus vite on pourra y arriver, plus vite le malade sera gueri.

Elle doit consister en une suralimentation variée abondante, et non pas en un régime spécial que le malade pourrait croire indispensable à sa guérison.

Tant que l'on reste l'esclave d'un régime, on n'est pas encore guéri.

Citons un exemple d'atonie stomacale chronique.

M. l'abbé V..., d'une petite ville de France, souffre depuis plusieurs années de maux d'estomac.

Devant être à jeun pour diverses cérémonies religieuses, il a souvent été obligé de se passer de déjeuner. Peu à peu il perdit l'appétit pour les autres repas et n'absorba plus qu'une quantité de nourriture très insuffisante.

Il consulta à diverses reprises les trois médecins de la localité qui lui prescrivirent un régime.

Chaque fois qu'ils le rencontraient, ils ne manquaient pas de lui dire : « Monsieur l'Abbé, faites attention à votre estomac, suivez bien votre régime et ne mangez pas trop. »

En suivant ces conseils, l'Abbé maigrit de 12 kilogrammmes en quelques mois, perdit ses forces et ne fut plus en état ni de célébrer sa messe, ni d'aller voir ses paroissiens.

L'évêque du diocèse s'alarma, donna au pauvre abbé un congé illimité et me fit écrire, en me priant de le prendre en traitement.

Le pauvre homme n'avait plus que la peau et les os, il ne pouvait pas se traîner, et n'hésita pas à se mettre au lit et au lait. Il présentait des symptômes typiques d'atonie stomacale chronique. La deuxième semaine, nous pûmes commencer la suralimentation et, six semaines après, l'abbé avait retrouvé ses 12 kilogrammes et se portait à merveille. « J'ai compris », me disait-il, « pourquoi je ne

pouvais pas me guérir et je vais l'expliquer aux médecins de mon pays, qui sont mes amis. S'ils m'avaient fait manger plus tôt, il y a longtemps que je serais guéri ».

Le traitement de l'atonie stomacale fonctionnelle donne de très beaux résultats, si l'on comprend la nature de cette affection.

En l'appliquant d'une façon rationnelle, le médecin aura l'immense satisfaction de guérir plus souvent des malades intéressants, qui souffrent profondément autant moralement que physiquement.

Ces malades méritent tout spécialement notre sollicitude puisqu'ils sont généralement les victimes d'une médecine mal comprise.

C'est à propos d'eux surtout que l'on peut dire : « S'il y avait moins de médecins, il y aurait moins de malades. »

LEÇON VI

Les dyspepsies nerveuses.

S'il est une question à l'ordre du jour, c'est bien celle des dyspepsies nerveuses. Elle l'est grâce à la fréquence de ces affections, et grâce surtout aux importants travaux qui y ont été consacrés.

En face d'une dyspepsie nerveuse simple, sans clapotement et sans apparence de dilatation, le praticien a moins la tendance de se tromper. Il fait avec raison son diagnostic de dyspepsie nerveuse et prescrit généralement un traitement qui, s'il ne guérit pas, améliore la santé du malade.

Je ne saurais mieux introduire cette question qu'en citant un cas qui fut soigné avec assez de succès par un spécialiste distingué, et dont je dus m'occuper pour en confirmer la guérison. Nous ferons ainsi la critique du traitement appliqué, en y mettant toute la bienveillance que mérite un confrère qui est déjà un précurseur de notre

traitement des dyspepsies ; et nous verrons pourquoi, dans le cas particulier, le succès définitif n'a pas été obtenu par un médecin qui certes faisait preuve de sérieuses qualités.

Mme A..., jeune femme de 30 ans, s'est mariée il y a 5 ans. Elle a eu trois enfants à intervalles assez rapprochés. Après le troisième accouchement, elle commence à souffrir de troubles dyspepsiques. Elle se fit traiter par son médecin habituel qui prescrivit un régime qui ne donna aucun résultat, et qui augmenta son amaigrissement. La courbe de poids observée depuis plus de deux ans est la suivante :

3 février	1906.	44 kgr.	»
11 avril	—	40	100
15 mars	1907	38	400
7 avril	—	39	000
9 juin	—	39	300
8 juillet	—	39	400
29 septembre	—	**41**	**000**
4 décembre	—	40	200
15 janvier	1908.	40	300
27 février	—	40	900
16 avril	—	40	400
2 mai	—	39	500
9 —	—	40	700
16 —	—	**41**	**500**
23 —	—	43	200
30 —	—	43	300
6 juin	—	43	800
13 —	—	44	600

Du 3 février 1906 au 15 mars 1907 la malade maigrit et son état s'aggrave, son poids descend progressivement de 44 kilogrammes à 38^{kgr},400.

On procède alors à l'examen chimique du suc gastrique qui donne le résultat suivant :

LABORATOIRE DE PATHOLOGIE INTERNE ET EXPÉRIMENTALE.

V. le 24 mars 1907.

Analyse du liquide résiduaire de M^{me} A...
(Extraction complète.)

Caractères physiques :

Volume extrait : 40 centimètres cubes.
Couleur : opalescent, vire au vert ensuite.
Odeur : aigrelette.
Filtration : très lente.

Aspect de la partie liquide : peu fluide, contient un peu de mucus. Aspect de la partie solide : flocons blanchâtres qui, à l'examen microscopique, se montrent constitués par du mucus concrété, des amas de granulations albumineuses et des débris amylacés se colorant en brun par l'iode.

Analyse chimique :

Réaction au tournesol : acide.
— de Gunsburg : positive.
Acidité totale : 0,167.

Acides organiques :

Acétique : quantité notable ; *lactique :* traces ; *butyrique :* néant.

Produits des digestions pepsique et salivaire :

Biuret : rose ; *Esbach :* précipité assez abondant complètement soluble à chaud ; *Lugol :* orange foncé.

Recherche de la bile :

Réaction de Gmelin : nette.

Analyse du repas d'épreuve (déjeuner d'essai) :
(Extraction complète 60 minutes après le début.)

Caractères physiques :

Volume : 25 centimètres cubes.
Couleur : jaune pâle.
Odeur : légèrement acétique.
Filtration : un peu lente.
Aspect de la partie liquide : peu fluide ; contient un peu de mucus. Aspect de la partie solide : peu abondante, mais homogène.

Analyse chimique :

Réaction au tournesol : acide.
— de Gunzburg : positive.
Acidité totale : 0,204.
Chlore total : 0,384.
Acide chlorhydrique libre : 0,071.
Acide chlorhydrique combiné : 0,197.
Chlore fixe : 0,116.
Chlore total : 3,3.

Acides organiques :

Lactique : néant ; *acétique :* quantité notable ; *butyrique :* néant.

Produits des digestions pepsique et salivaire :

Biuret : mauve ; *Esbach :* précipité peu abondant, complètement soluble à chaud ; *Lugol :* grenat.

Voilà le résultat d'une analyse complète du suc gastrique. Je l'ai reproduit fidèlement afin de donner une idée des recherches de laboratoire auxquels on se livre pour arriver à un diagnostic.

Au point de vue thérapeutique, cet examen n'a aucune utilité dans les cas de dyspepsie. C'est beaucoup de travail pour rien.

Le malade peut avoir l'illusion que l'on a fait un examen sérieux, mais le médecin consciencieux doit reconnaître qu'il n'est pas possible de tirer une conclusion de cet examen chimique.

Pawlow, par ses merveilleuses découvertes, nous a révélé le mécanisme de la sécrétion gastrique et nous a démontré combien son chimisme pouvait varier à l'infini, sans qu'il nous fût permis d'en tirer une déduction, concernant le diagnostic.

La malade dont nous avons parlé se décida à consulter un médecin réputé pour les maladies de l'estomac.

Elle lui écrivit pour avoir un rendez-vous, en lui envoyant le résultat de l'examen du suc gastrique.

Notre confrère lui répondit la lettre suivante; je la cite en entier, car elle nous montre combien ce médecin sut d'emblée s'intéresser à sa malade et lui donner des indications précises qui contribuèrent certainement à améliorer son état.

« Y., le 31 mars 1907.

« Madame,

« Je suis obligé de partir brusquement et ne pourrai vous donner de rendez-vous avant huit ou dix jours. Je crois bien faire en vous envoyant immédiatement par la poste un traitement que vous pourrez suivre en attendant.

« L'examen a montré que votre estomac ne se vidait pas complètement le matin, car l'examen microscopique a permis de découvrir quelques débris d'aliments non digérés d'une part, et d'autre part, la sonde a permis de retirer de votre estomac 40 centimètres cubes de liquide composé en grande partie par un peu de suc gastrique sécrété en excès et de la bile.

« L'examen du repas d'épreuve a montré d'autre part que vous aviez une tendance à l'hyperchlorhydrie. Dans ces conditions je pense qu'il est indispensable que vous suiviez un régime extrêmement sévère pour vous débarrasser et vous remonter; vous voudrez bien :

« 1. Vous mettre au repos complet au lit ou à la chaise longue.

« 2. Avoir une alimentation composée exclusivement de potages. Vous prendrez un de ces potages toutes les quatre heures par exemple, à huit heures du matin, midi, quatre heures et huit heures du soir ; ou à votre choix, sept heures, onze heures, trois heures et sept heures du soir.

« Chacun de ces potages sera composé d'une bouillie épaisse préparée avec du lait coupé d'un tiers d'eau.

« Ces bouillies seront préparées avec les farines Groult, crèmes de riz, d'orge, tapioca, maizena, ou avec des pâtes alimentaires. Elles devront être extrêmement épaisses et

mangées doucement. Vous mangerez avec chaque cuillerée de potage un peu de pain grillé.

« Enfin chaque potage sera additionné, le premier jour de la moitié d'un œuf battu, le deuxieme jour d'un œuf entier, le troisième jour d'un œuf et demi et le quatrième jour de deux œufs.

« Chaque potage devra être de 350 à 500 grammes en augmentant progressivement.

« Vous voudrez bien, Madame, vous peser le matin à jeun, le premier jour et le huitième jour du traitement et vous viendrez alors me revoir.

« Pour éviter que le séjour au lit ne vous fatigue, il faudra vous aérer le plus largement possible. Il faudra aussi vous faire faire une friction à l'eau de Cologne ou à l'eau de lavande sur tout le corps, matin et soir.

« Enfin vous prendrez par précaution matin et soir un petit lavement d'eau de guimauve tiède.

« Veuillez après cinq jours de ce régime m'écrire pour me demander un rendez-vous, et me dire en même temps dans quel état vous vous trouvez.

« J'oubliais de vous dire que votre état n'est pas grave et s'arrangera certainement si vous vous soumettez à un régime très sévère pendant quelque temps.

« S'il vous arrivait d'être un peu gênée de l'estomac après les repas, il suffirait de faire une application chaude

sur le creux de l'estomac, compresses, cataplasmes, ouataplasmes, bouillotte d'eau chaude, etc.

« Veuillez agréer, Madame, mes hommages bien dévoués.

« Dr S. »

C'est là une lettre que l'on pourrait comparer aux lettres psychothérapiques qu'Oppenheim écrit à ses malades.

Le praticien qui l'a écrite est bien prêt d'arriver à notre conception actuelle, et l'on peut certainement dire de lui :

« Il doit faire de bonnes cures. »

Et pourquoi ?

1. Parce qu'il ne prescrit point de remèdes et n'appartient pas à la catégorie des chimiâtres.

2. Parce qu'il prescrit une alimentation abondante qui doit fortifier le malade au lieu de le débiliter.

Il fait avec des potages épais à base lactée, ce que nous faisons avec le lait seulement. Il recommande les lactofarineux qui contribuent à la rééducation du tube digestif, tout en permettant au malade d'augmenter de poids.

3. Parce qu'il s'intéresse spécialement à ses malades. Il n'hésite pas à écrire une longue lettre, détaillée et documentée, qui doit capter la confiance de la malade. Il précise toutes ces indications et il sait ajouter cette pa-

role réconfortante : « J'oubliais de vous dire que votre état n'est pas grave. »

Il y a certes quelques passages, comme celui qui parle des lavements de guimauve et des compresses sur l'estomac, qui auraient pu être évités ; mais tout le reste de la lettre dénote un thérapeute de tout premier ordre, et je ne serais point étonné que l'on vienne de très loin consulter un praticien qui a si bien compris l'exercice de son art.

Notre malade suit ponctuellement les conseils donnés et pèse, le 7 avril 1907, 39 kilogrammes, ayant donc augmenté de 600 grammes depuis le 15 mars. C'est un très beau résultat quand on songe qu'elle n'avait cessé de diminuer de poids depuis le 3 février 1906.

Le mari de la malade écrivit au Dr S. en le mettant au courant de la situation, il reçut la réponse suivante :

« Y., le 9 avril 1907.

« Monsieur,

« La quantité de potage prise à chaque repas par Madame n'est pas suffisante, elle aurait dû grossir davantage. Il faut augmenter la quantité de farine contenue dans chaque potage et y mettre un œuf de plus.

« Portez le volume du potage à 500 grammes. Veuillez continuer le traitement huit jours et venir me voir le mardi 16 courant.

« Je vous donne conformément à votre désir le rendez-vous de quatre heures.

« Veuillez agréer, je vous prie, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

« Dr S. »

Notre distingué confrère ne se contente pas de cette augmentation de 600 grammes. Il engage la malade à manger davantage.

Le jour de la consultation, soit le 16 avril 1907, il fait les prescriptions suivantes :

1. Supprimer le corset et la ceinture.

2. Déjeuner le matin avec une bouillie préparée au lait coupé de moitié d'eau avec une farine Groult et 3 œufs.

3. Boire à volonté à 10 heures de l'eau chaude.

4. Au repas de midi, 100 grammes de pulpe de viande préparée avec 200 grammes de filet de mouton qui seront râpés et pilés. — Faire cuire, au gril de préférence; riz à l'eau ou au lait, macaronis et nouilles. Confitures, pain grillé. Un peu de beurre frais ou de fromage de Gruyère rapé.

5. Boire à 2 heures 30, et à 3 heures 30, comme à 10 heures.

6. Au repas du soir deux œufs bouillis, un entremet

préparé aux farines Favrichon (Saint-Symphorien-en-Lay, Loire).

Notre confrère qui avait si bien commencé sa cure retombe dans l'ornière. Il prescrit un régime qui ne fera pas de mal à la malade puisqu'il est varié et suffisant, mais il ne parviendra pas à la guérir dans un temps limité. Il y aurait eu certainement avantage à faire de la suralimentation en ajoutant, par exemple, 500 grammes de potage lacté à 10 heures et à 4 heures, ceci dit pour rester dans le traitement des potages que l'on pourrait avantageusement remplacer par la suralimentation lactée.

La malade ne fait pas de progrès, son mari écrit de nouveau au praticien, qui lui répond dans ces termes.

« Y., le 10 mai 1907.

« Monsieur,

« Je suis un peu étonné comme vous qu'il n'y ait pas d'amélioration dans le poids de Madame. Si l'eau chaude en mangeant fait maigrir, cela se produit seulement dans les cas où l'on n'a pas la précaution de boire entre les repas, je crois avoir recommandé soigneusement à Madame, de le faire. Ce que je lui ai recommandé en effet, c'est de séparer ses repas liquides de ses repas solides,

mais non pas de diminuer la quantité de liquide qu'elle prend, ce qui aura pour elle des inconvénients multiples. A 2 heures et demie et à 9 heures du soir, la boisson doit être en quantité suffisante pour que l'urine de 24 heures soit toujours d'au moins 1 200 grammes ; d'un autre côté, Madame ne doit pas se fatiguer et son repos doit être complet et non pas relatif, en conséquence les travaux de couture ou autres doivent être supprimés.

« Je vous serais reconnaissant de prendre la température afin de voir s'il y a véritablement un peu de fièvre, l'après-midi de 3 à 5 heures ; ce qu'il y aurait de plus commode ce serait de prendre la température sous la langue.

« Veuillez me faire part de vos observations à cet égard et agréez, Monsieur, avec mes hommages pour Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

« Dr S. »

La malade ne fait pas grand progrès, elle a de la diarrhée : et le mari écrit de nouveau au médecin qui lui répond comme suit :

« Y., le 21 mai 1907.

« Monsieur,

« L'état de Madame devrait s'améliorer plus rapide-

ment qu'il ne le fait, il serait indispensable en conséquence que vous ameniez Madame à Y. afin que nous puissions la maintenir en observation quelques temps et voir d'où provient cette difficulté à la cure que je ne rencontre pas habituellement.

« Si vous aviez quelque parent ou quelque ami chez lequel vous puissiez descendre, cela serait peut-être la solution la plus heureuse ; en ce moment la maison de santé est tellement encombrée qu'il n'y aura pas de place avant une dizaine de jours et les hôtels à Y. sont presque tous peu confortables, toutefois cette dernière solution serait préférable au *statu quo*. S'il ne vous était pas possible de venir en ce moment, je vous adresse un rendez-vous pour le jeudi 30 mai à 5 heures.

« Les troubles intestinaux dont vous me parlez sont aussi exceptionnels. Ne mettez pas trop d'œufs dans les entremets aux farines. Et les potages, Madame mange-t-elle de ceux-ci en quantité suffisante ? J'ai peine à le croire et en tout cas, il faudrait voir les choses de plus près.

« Veuillez agréer, avec mes hommages pour Madame, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

« D[r] S. »

La malade vient à Y. Une consultation entre le D[r] S et un autre médecin a lieu. Les deux praticiens ne trouvent

rien de grave et prescrivent un séjour en Suisse qui a lieu du 17 juillet au 17 septembre 1907, produit un effet très favorable et la malade augmente de $1^{kgr},600$.

Elle n'est cependant point guérie et perd du poids dès qu'elle rentre à la maison.

Elle prend patience pendant tout l'hiver et comme elle ne va pas mieux, elle se décide à venir se confier à mes soins.

Et maintenant, avant d'aborder la description de la fin de la cure, demandons-nous pourquoi le Dr S., malgré ses grandes qualités, n'a pas obtenu la guérison.

C'est une question bien difficile et délicate à résoudre. Il est possible que la malade n'ait pas suivi exactement toutes les prescriptions initiales, qu'elle se soit trop vite découragée.

Le Dr S. voulait obtenir une augmentation de poids et il avait raison. Il prescrivit d'emblée la suralimentation lacto-farineuse qui eut un excellent effet. Le résultat s'est fait attendre et au lieu de persévérer, il confie la malade au bon air de la Suisse. C'est très bien, mais ce n'est pas suffisant. Comme nous le verrons, notre excellent confrère avait oublié que le moral avait une grande influence sur le physique, et que la dyspepsie de sa cliente était essentiellement d'origine psychique. Son état s'améliore en Suisse, non pas seulement grâce à l'air, mais parce qu'on

l'a soustraite à toutes ses préoccupations, à ses soucis de ménage.

Dès qu'elle rentre chez elle, elle endosse sa mentalité anxieuse en même temps que sa robe de maison, elle digère moins bien et maigrit.

Lorsque je la pris en traitement, je lui prescrivis du repos et de la suralimentation. Je vis bientôt que j'avais affaire à une sensitive qui, pour la moindre contrariété, perdait l'appétit et se laissait aller.

Sa confiance m'était acquise puisqu'elle savait que j'avais guéri une de ses tantes qui pendant 15 ans avait souffert du même mal. Je profitai de cette circonstance pour avoir sur elle une action morale décisive. Tout en la soignant physiquement, puisque je lui avais prescrit le repos au lit et la suralimentation, j'entrepris son traitement moral.

En peu de temps, elle eut gagné 5 kilogrammes. Je la félicitai de ce résultat, mais j'ajoutai immédiatement :

« Madame, vous avez gagné 5 kilogrammes, c'est très bien, mais ce n'est que le petit côté de notre cure, chacun peut gagner du poids par la suralimentation.

« Ce qu'il vous faut maintenant, c'est obtenir la maîtrise de vous-même, en devenant plus calme et plus philosophe. Il faut comprendre l'influence du moral sur le

physique, et, si le moindre souci vous déprime et vous enlève l'appétit, il faut à tout prix réagir contre cette tendance.

« Ce que je désire de vous, c'est que vous conserviez la santé que nous venons de vous rendre et vous n'y arriverez qu'en continuant à vous alimenter normalement, sans vous laisser déprimer par les petits tracas qui incombent à toute maîtresse de maison. »

La malade suivit ces conseils et resta en bonne santé. Cette histoire est peu compliquée en comparaison de celle de malades qui souffrent souvent depuis une vingtaine d'années, et qui ont été entre les mains de 10, 20 et même plus de médecins.

Je l'ai choisie parce que le traitement initial, par la suralimentation lacto-farineuse, se rapprochait quelque peu de celui que nous préconisons habituellement, parce que surtout le médecin traitant était un homme de grande valeur, ayant un point de vue thérapeutique rationnel. De nos jours, les médecins de ce genre sont encore rares, et il faut savoir les reconnaître et les apprécier.

Dans le cas particulier, il ne manqua à notre distingué confrère qu'une seule arme pour obtenir la victoire définitive : c'est le traitement moral. Il était de taille à l'appliquer. Sa notoriété et l'esprit consciencieux qu'il mettait à soigner ses malades devaient lui faciliter grandement la tâche.

Il avait su ne point se laisser égarer par la thérapeutique chimiâtre, il avait compris qu'il fallait viser à améliorer l'état général de sa malade, et il l'aurait guérie s'il avait songé à l'influence du moral sur le physique.

Et dire que dans un livre paru récemment, je lisais encore cette affirmation :

« Non seulement la psychothérapie pure est inefficace chez les neurasthéniques, elle est en outre inutile. »

Je ne citerai point l'auteur, et je me bornerai à relever cette affirmation comme un signe de l'état d'esprit où se trouvent encore quelques médecins. Ils deviennent rares, heureusement, et je ne doute pas que tous ceux qui ont compris notre conception, en fait de psychothérapie, n'hésitent pas à l'appliquer et à en faire bénéficier leurs malades.

Certes, il y aura toujours des médecins qui n'auront pas d'influence morale sur leurs malades, de même qu'il y aura toujours des orateurs qui feront bâiller leur auditoire, ou des avocats qui ne sauront pas convaincre un jury de tribunal.

Ce n'est pas une raison pour déclarer que la psychothérapie est inutile.

Je prétends au contraire que tout médecin, ayant un peu de cœur, de bon sens et une conception rationnelle

de thérapeutique, peut et doit avoir sur ses malades une influence morale salutaire.

Que l'on supprime le beau mot de psychothérapie, je ne le regretterai pas, à condition que l'on n'oublie pas que l'homme est un animal qui pense, et que l'influence de l'esprit sur le corps est un fait que personne ne saurait contester.

Le traitement psychique est particulièrement efficace dans les dyspepsies nerveuses qui, dans la majorité des cas, ne sont qu'une réaction de la vie psychique sur la physiologie du système digestif.

LEÇON VII

Les dyspepsies nerveuses.

Nous avons insisté à maintes reprises sur l'influence du moral sur le physique, et nous devons le faire encore surtout à propos des dyspepsies nerveuses.

Pourquoi parler d'abord des dyspepsies nerveuses, au lieu de la dyspepsie nerveuse? — C'est qu'il y a une variété infinie de dyspepsies nerveuses, et si vous rencontrez dans un dîner dix personnes suivant un régime différent, elles représentent déjà dix variétés de dyspepsie nerveuse.

M. A... ne peut pas supporter la viande en sauce, M^me^ B... a de terribles indigestions si elle mange des haricots verts et le jeune X... est pris de syncope s'il touche a de la salade, etc., etc.

Il n'est pas une personne qui n'ait son côté faible au point de vue digestif, et de nos jours chacun a quelque aliment qu'il ne supporte pas.

Or, chez tous ces dyspeptiques, puisque c'est ainsi qu'on les nomme, on ne trouve aucune affection organique de l'estomac. Le spécialiste qui ne constate rien est forcé de dire au malade : « Ce n'est pas grave, c'est nerveux », — mais le plus souvent il ne peut s'empêcher de prescrire un régime restreint qui affaiblit le malade et lui cause une atonie stomacale secondaire, tandis que quelques conseils et une bonne alimentation l'auraient guéri rapidement.

Plus que toute autre affection fonctionnelle du système digestif, la dyspepsie nerveuse a une origine essentiellement psychique.

A l'appui de mon dire je citerai les exemples suivants : Un jeune homme de 22 ans ne peut pas avaler une pastille de chocolat sans avoir une violente indigestion qui se traduit par des vomissements, des maux de tête et un malaise général. Étonné de cette réaction extraordinaire, j'interroge le malade et j'apprends que plusieurs années auparavant, à la suite d'un souper de famille, il a pris au dessert une plaque de chocolat.

La nuit suivante, il eut une indigestion et s'empressa de conclure que « la plaque de chocolat qu'il avait prise en était la cause ». — Dès lors il fut malade chaque fois qu'il prit du chocolat. Il avait fait le raisonnement suivant :

« J'ai été malade après avoir pris du chocolat, donc je ne peux pas supporter le chocolat. »

Cette représentation mentale devint idée-force et chaque fois qu'il prenait du chocolat, il était malade, non parce que cet aliment est difficile à digérer, mais parce qu'il était victime de l'autosuggestion : « Je ne peux pas supporter le chocolat. »

Je lui expliquai le mécanisme psychique de son affection, et dès lors il put manger facilement et avec le plus grand plaisir le chocolat qui avait été si longtemps un poison pour lui.

Ce n'était pas le chocolat qui causait les malaises habituelles, c'était l'association d'idées, chocolat-indigestion.

Nous voyons donc avec quelle facilité un malade peut se créer lui-même une autosuggestion qui entretient son état dyspeptique, et combien l'on a raison de répéter à propos des dyspepsies : « Ce n'est point de l'alimentation que dépend la bonne digestion, mais de la manière de penser du malade. »

Quand on songe à la quantité d'aliments que l'on défend aux dyspeptiques en leur disant : « Vous ne pouvez pas le supporter », on ne s'étonne plus que ces malades soient légion, et qu'ils forment la principale clientèle des stations thermales ou climatériques.

Je citerai encore une anecdote qui s'est passée il y a

quelques mois dans l'établissement médical que je dirige :

Trois dames, souffrant de dyspepsie et venant du même pays, eurent une indigestion la même nuit.

Lors de ma visite du matin, elles me reçurent toutes trois à peu près de la même façon : « Comment est-il possible que l'on ait pu servir, hier au soir au dîner, de la sauce aux tomates, mon médecin de famille m'avait bien dit que c'était un poison et j'en ai été malade toute la nuit. » Les trois malades, qui ne se connaissaient pas et qui n'avaient pas eu le temps de se concerter, me firent la même réflexion. J'appris dans la conversation que les médecins de leur pays regardaient la sauce aux tomates comme indigeste et dangereuse pour la santé. On leur avait affirmé cela sur tous les tons et à la fin de chaque consultation on avait répété : « Faites bien attention à votre régime et surtout ne mangez pas de sauce aux tomates. »

Dans la mentalité de ces malades s'était formée l'association d'idée suivante : sauce aux tomates-indigestion, de même que chez le malade précédent nous avions eu chocolat-indigestion.

Chose étrange, tous mes malades venant d'autres pays, où l'on ne s'inquiétait pas de la sauce aux tomates, l'ont parfaitement bien supportée. C'est ainsi que des médecins, en appliquant les préceptes de l'école dominante dans le

pays qu'ils habitent, risquent de créer une dyspepsie que l'on pourrait presque appeler « nationale ».

Pour en revenir à nos trois patientes, j'eus bientôt mis le doigt sur la plaie et je leur expliquai pourquoi la sauce aux tomates leur avait produit cet effet. Elles comprirent bientôt et, quelques jours plus tard, je leur fis intentionnellement servir de la sauce aux tomates qu'elles supportèrent très bien. Depuis lors, nous avons souvent ri ensemble, en parlant de la sauce aux tomates et des tours qu'elle leur jouait.

Il ne serait pas difficile de multiplier à l'infini les exemples de ce genre, et tout médecin quelque peu psychologue découvrira facilement de tels phénomènes chez les dyspeptiques qui viendront le consulter.

Les dyspepsies ne dépendent pas toujours d'autosuggestions bien déterminées. L'état d'âme du malade se répercute facilement sur les fonctions digestives, et nous voyons souvent des gens déprimés présenter des symptômes de dyspepsie.

J'eus un jour à la consultation un jeune homme de 25 ans qui venait me demander un remède pour ses maux d'estomac. En entrant dans mon cabinet, il me frappa par sa grande tristesse et je crus d'abord être en présence d'un neurasthénique.

« Depuis quelques jours », me dit-il, « je n'ai pas d'appétit et je ne peux plus digérer, tout ce que je mange me fait mal. »

Je l'examinai et, ne pouvant rien constater de spécial, je m'adressai à lui en ces termes :

« Je parie, mon ami, que vous avez des ennuis, et je ne serais pas étonné si un chagrin d'amour était la cause de vos maux d'estomac. »

Le malade me regarda avec étonnement et me dit :

« C'est vrai, comment pouvez-vous le savoir ? »

J'étais tombé juste et le malheureux jeune homme m'ouvrit son cœur, plein de confiance.

Il me fit part de ses espérances déçues, de l'ingratitude de celle qu'il aurait voulu prendre comme compagne de sa vie. Je compris ces souffrances de jeunesse, je pus sympathiser avec le malade. Après avoir analysé avec lui toute la situation, je reconnus que le choix qu'il avait fait n'était pas heureux, et je pus en toute conscience lui dire que cette rupture me paraissait avantageuse pour lui. Je lui donnai confiance dans l'avenir, je lui fis comprendre qu'il y avait beaucoup de jeunes filles préférables à celle qu'il avait aimée.

Et lorsqu'il me quitta j'ajoutai, en lui serrant la main : « Allons, ne vous tourmentez pas, vous allez en trouver une autre. » — Quelques semaines plus tard il vint me trouver tout heureux, en me disant :

« Cette fois, Docteur, je n'ai plus mal à l'estomac : j'en ai trouvé une autre. »

Et c'est ainsi que, même en face de troubles dyspeptiques, le médecin doit connaître le cœur humain et que souvent, en soignant le cœur, on guérit l'estomac.

N'en déplaise aux partisans de la médecine médicamenteuse, les faits sont là et ne sauraient être réfutés.

Nous voyons donc que de simples représentations mentales, telles que chocolat, sauce aux tomates, etc., etc., ont un retentissement sur la vie digestive, mais qu'en outre un état d'âme, une variation de la vie affective, peuvent aussi être la cause de troubles dyspeptiques. Les phénomènes de la vie intellectuelle et ceux de la vie affective sont de nature différente.

Ils sont parfois tellement enchevêtrés chez le même sujet, qu'il est difficile de dire où commence la vie intellectuelle et où finit la vie affective.

Vous voyez des malades qui se mettent à sangloter, sans savoir pourquoi, par énervement peut-être.

D'autres fois l'orage affectif est déchaîné par une représentation mentale, qui vous est suggérée par autrui, ou que l'on trouve dans une lettre ou dans un livre. Le plus souvent un fait de peu d'importance est amplifié par l'imagination maladive, et provoque les accès de dépression et de pleurs.

Le rôle du médecin est parfois difficile et, sans une certaine expérience, il aura de la peine à fixer sa ligne de conduite.

Les constatations que j'ai faites dans ces dix dernières années m'ont amené à établir deux catégories de dyspeptiques :

1. Les dyspeptiques calmes qui n'ont point de symptômes du côté de la vie affective, c'est-à-dire qui ne font pas preuve d'émotivité ou de sensibilité exagérées. Ce sont les plus rares.

2. Les dyspeptiques dont la vie affective est ébranlée, qui s'émotionnent pour un rien, qui pleurent facilement et sont sensibles à l'excès. Ce sont les plus fréquents.

On peut dire d'avance que les femmes appartiendront à la deuxième catégorie plutôt qu'à la première, puisque leur mentalité naturelle se rapproche déjà du type que nous admettons. Mais il n'y a pas de règles sans exception, et j'ai vu des dames dyspeptiques rester plus calmes que certains hommes.

En face de dyseptiques calmes, la tâche du médecin sera plus facile. Aucune mesure spéciale ne s'impose, et l'on pourra instituer le traitement à l'hôtel ou même dans le milieu familial.

Pour les malades de la seconde catégorie, le moyen le plus sûr de parvenir au but est de montrer de la fermeté, et de ne pas entreprendre la cure avant d'avoir exigé du malade et de son entourage les conditions suivantes :

a. Une confiance et une soumission absolues jusqu'à complète guérison.

b. Le séjour du malade dans un établissement médical approprié, où le médecin a pleine et entière autorité, afin de l'isoler de toutes les causes pouvant troubler la vie affective.

c. Le repos au lit jusqu'au moment où le malade aura retrouvé son poids normal.

Ces trois conditions sont essentielles pour obtenir un bon résultat.

Il faut que le malade ait confiance pour travailler à la rééducation de son système digestif et manger, sans crainte, des aliments qui lui ont été défendus par la plupart des médecins.

Le séjour dans un établissement médical approprié est très propice à la discipline morale, si salutaire au malade. C'est là que le médecin pourra le prendre sous sa protection et éviter les lettres, ou les visites, qui pourraient retarder la guérison.

On ne préconise plus actuellement l'isolement sévère,

comme autrefois, où l'on laissait des malades pendant plusieurs semaines sans lettres et sans visites.

Il m'arrive souvent de ne point séparer des époux pendant la cure, à condition qu'ils soient raisonnables et suivent tous mes conseils.

Parfois, je permets à l'une ou l'autre des malades d'avoir auprès d'elle une amie, ou une sœur de charité qui me soutient dans le traitement moral.

On accepte assez facilement cette douce contrainte, et j'ai même vu des malades garder des lettres sur leur table de nuit et me dire : « Docteur, je ne les ouvrirai que lorsque vous me le permettrez » ; ou bien : « Je les ouvrirai devant vous, afin que vous m'appreniez à considérer raisonnablement les nouvelles que je peux recevoir. » — Et c'est ainsi que la correspondance même de mes malades peut m'aider à travailler à leur rééducation morale, et qu'autant que possible je ne les prive pas de toute correspondance.

Comme troisième condition de traitement, je réclame le repos au lit jusqu'au moment où les malades ont retrouvé leur poids normal. C'est une façon d'encourager à bien manger ceux qui n'aiment pas le lit, et c'est un moyen d'atteindre le but plus rapidement.

Étant au repos absolu, on ne fait aucune dépense physique et l'assimilation se fait plus rapidement.

Quand on ne veut pas accepter cette condition, je réponds tout simplement : « Eh bien, au lieu d'atteindre notre but en deux ou trois mois, nous mettrons deux ou trois fois plus de temps, mais nous l'atteindrons quand même. »

Les principes généraux de notre traitement de la dyspepsie étant bien établis, voyons comment on peut les appliquer :

Mme W., âgée de 23 ans, souffre de l'estomac depuis près de cinq ans. A 18 ans, elle avait une parfaite santé, malgré des études de piano très assidues qui auraient dû la fatiguer. Entourée par ses parents et sa grand'mère, elle n'avait connu que les joies de l'existence et ne savait pas ce que c'était qu'une contrariété. Peu avant ses 18 ans, elle fit la connaissance d'un jeune professeur qui devint bientôt son fiancé. On fit des visites de circonstance, chacun eut un mot à dire. Les vieilles dames ne comprenaient pas que l'on pût se marier si jeune. Certaines amies, qui auraient bien aimé se marier, faisaient des remarques désobligeantes. Enfin le doute intellectuel s'empara de notre fiancée qui ne pouvait pas comprendre pourquoi tant de gens se mêlaient de ses affaires, j'ai dit le doute intellectuel, parce qu'elle aimait follement l'élu de son cœur et n'avait aucun doute quant à son amour. Seu-

lement, elle se demandait si elle n'était pas trop jeune pour devenir la digne compagne de son mari, et s'il ne valait pas mieux attendre. Le fiancé n'était pas de cet avis, et il s'en suivit des divergences de vue qui eurent la plus fâcheuse influence sur la santé de notre jeune malade.

Elle perdit l'appétit et maigrit de près de 10 kilogrammes. Les médecins conseillèrent le mariage et à 20 ans elle se trouva à la tête de son ménage sans avoir la force de le diriger.

Elle eut, comme toutes les ménagères, des tracas de domestiques et la vie conjugale, sur laquelle on avait fondé tant d'espérances, lui devint presque un fardeau.

Au bout de quelques mois, elle ne put plus rien digérer, devint susceptible et irritable. Tout en adorant son mari, elle lui rendait la vie insupportable. On consulta un médecin qui découvrit un rein flottant et prescrivit une sangle.

Mais hélas ! la sangle ne suffisait point à remédier à l'état de choses.

On commença à se désespérer et ces jeunes époux, qui auraient dû jouir du plus parfait bonheur, étaient victimes de ces tristes circonstances.

C'est alors que l'on décida la malade à venir me consulter, et qu'elle vint me voir en compagnie de son mari

et de son père. J'assistai de nouveau à un de ces spectacles que ne saurait oublier le médecin qui aime ses semblables, et qui comprend les difficultés de la vie. C'était presque un drame basé sur une dyspepsie nerveuse, qui aurait pu avoir les plus fâcheuses conséquences pour ces jeunes époux.

Le père, les larmes aux yeux, me supplia d'entreprendre le traitement de son enfant, et me vanta la bonté et la patience de son gendre.

Le mari, accablé par les circonstances, se déclara prêt à suivre strictement mes conseils pour guérir sa femme. La jeune épouse dans un accès de pleurs me disait qu'elle était prête à tout faire pour le bonheur de son mari et de ses parents, qu'elle ne comprenait pas son état et qu'elle était bien malheureuse.

Les uns et les autres faisaient preuve d'une confiance absolue et me promettaient, d'avance, une soumission complète.

Je commençai par les tranquilliser, en leur disant qu'il m'arrivait chaque jour de me trouver en face de pareilles circonstances, qu'il n'y avait rien d'irréparable, et que j'étais persuadé que quelques semaines suffiraient à rétablir la malade.

Je prescrivis le séjour dans l'établissement médical, en me réservant le droit d'autoriser la correspondance et les visites suivant les progrès que ferait la malade. J'expliquai

que mon habitude était de laisser mes malades au lit jusqu'à ce qu'ils aient retrouvé leur poids normal. Mme W. s'empressa d'ajouter qu'elle mangerait beaucoup parce qu'elle n'aimait pas rester au lit.

Le lendemain nous commencions notre cure.

Quinze jours plus tard la malade était assez bien pour recevoir la visite de son mari, et, après deux mois de traitement, elle se portait aussi bien qu'à 18 ans.

Nous avons tellement l'habitude des petites difficultés que l'on rencontre dans une cure de ce genre que nous ne nous en inquiétons plus. Il est bon cependant de les relever, afin d'avertir les confrères qui voudraient employer nos moyens thérapeutiques.

Ces difficultés sont très variées, elles dépendent avant tout de la mentalité des malades, et surgissent généralement au moment où l'on s'y attend le moins.

Il s'agit de ne point se laisser désemparer et de rester calme, chose facile pour le médecin qui a l'habitude de ces malades. Il faut pourtant faire preuve d'un certain doigté pour calmer l'orage, et savoir employer au bon moment « une main de fer, dans un gant de velours » pour citer l'expression d'une de mes malades.

C'est ainsi qu'un jour, en faisant ma visite, je trouvai Mme W. dont nous venons de parler, au comble du désespoir.

Elle pleurait comme une enfant et n'avait rien mangé de la journée. Et devinez la cause de ce désespoir ! Mon médecin adjoint lui avait dit qu'une lettre était arrivée pour elle, mais qu'on ne la lui remettrait que lorsque j'en aurais donné l'autorisation.

« Eh bien, madame », lui dis-je, « vous n'êtes vraiment pas raisonnable. Vous m'avez promis d'être soumise et patiente, au lieu de cela vous vous agitez à propos d'une lettre et vous risquez de compromettre votre guérison pour une cause si futile.

— C'est vrai, Docteur, je n'ai pas raison, et je vais essayer de me calmer.

— C'est ce que vous ferez de plus sage et dès que je vous jugerai assez tranquille, je vous remettrai la lettre que vous désirez. Vous savez très bien que ce n'est pas pour vous ennuyer, mais pour vous apprendre à vous maîtriser, que je ne cède pas. »

Quelques heures plus tard notre malade avait retrouvé son calme et se mettait à manger. Lors d'une visite ultérieure j'analysai avec elle sa manière de faire, je lui dis même que je ne regrettais point la petite contrariété qu'on lui avait involontairement fait subir, que sa façon de réagir m'avait éclairé sur un angle de sa mentalité que je regardais comme dangereux. Je lui expliquai que la vie était semée de contrariétés de toutes sortes et que si chaque

fois, elle réagissait ainsi, elle aurait de la peine à rester en bonne santé.

« Nous n'avons pas le droit », lui dis-je, « d'exiger que tous ceux qui nous entourent agissent selon notre volonté.

Nous sommes tous les chaînons d'une longue chaîne et nous ne pouvons tirer la chaîne de notre côté seulement.

— Je comprends, Docteur, il faut être moins égoïste et penser plus souvent aux autres, c'est ce que je ne fais pas assez. »

Je profitai de ces bonnes dispositions pour implanter en elle quelques idées altruistes ; je lui parlai de son mari, de la patience dont il avait fait preuve, des soucis qu'il avait dans la vie journalière.

Et c'est ainsi qu'un petit obstacle dans le traitement peut permettre au médecin d'apprécier la mentalité de ses malades et de leur donner des conseils qui contribuent non seulement à leur rendre la santé, mais à leur rendre aussi la paix du cœur et le bonheur dans la famille.

C'est là, la seule véritable médecine, ce n'est plus un métier, c'est une vocation, c'est même un sacerdoce auquel on n'apportera jamais assez d'intelligence et de cœur.

Dans ces conditions, il vaut la peine d'être médecin, car on a la certitude de guérir et de faire du bien.

Un autre cas nous permettra de confirmer notre conception de la dyspepsie nerveuse, d'origine psychique.

Monsieur de O.., 38 ans, officier espagnol, arrive de Madrid.

Il souffre depuis une dizaine d'années de troubles dyspeptiques : lourdeur après les repas, flatulence, constipation, etc...

Il a consulté bien des médecins et lors de la dernière consultation, on lui fit prendre un déjeuner d'essai, et l'analyse du suc gastrique permit de constater de l'hyperchlorhydrie. Partant en guerre sur ce fait, le médecin consulté avait prescrit un régime sévère qui débilita le malade.

Le malheureux était dans un état d'amaigrissement qui faisait peine à voir, il se désespérait et me suppliait de le guérir.

Un examen approfondi me permit d'exclure toute affection organique, et je lui affirmai que son cas n'était pas grave et qu'il se guérirait.

« Mais comment, Docteur, j'ai pourtant de l'hyperchlorhydrie, on l'a constaté à l'examen chimique. Je ne peux donc pas manger davantage, de crainte de l'augmenter. »

Pour le tranquilliser sur son chimisme stomacal, je lui racontai l'histoire du chien à la fistule gastrique auquel on avait montré un chat. Je lui fis comprendre que sa façon de penser avait plus d'influence sur sa digestion

gastrique que le genre d'aliment qu'il pouvait prendre.

Il comprit et se mit bravement à la suralimentation.

Dans son pays, on le considérait comme incurable.

J'en eus la preuve par une lettre de sa femme et une autre de son beau-père, qui était lui-même médecin.

On me demandait si j'avais quelque espoir de guérir ce pauvre malade. Je m'empressai de répondre qu'il était parfaitement guérissable et que, dans quelques semaines, j'espérais qu'il serait en état de reprendre ses fonctions dans l'armée.

Sur ces entrefaites arriva une circonstance qui facilita singulièrement ma tâche. On écrivit à mon malade pour lui proposer une place de professeur à l'École militaire de Madrid. Il me demanda mon avis et je lui affirmai qu'il ferait bien d'accepter, et que j'étais certain que sa santé ne l'entraverait pas dans ses fonctions.

Il accepta et depuis ce jour, tous les symptômes dyspeptiques disparurent. Il prit confiance et, peu de temps après, il retourna dans son pays en pleine santé et heureux de vivre.

Les faits que nous avons cités suffisent déjà pour démontrer la grande influence de la vie psychique dans les dyspepsies nerveuses.

Que la cause soit une représentation mentale ou un

état d'âme du sujet, l'essentiel est d'avoir sur lui une influence morale décisive.

Un moyen qu'il ne faut pas négliger, et qui renseigne le médecin, tout en encourageant le malade :

C'est la *pesée hebdomadaire* pendant la période de la suralimentation.

Il n'est pas rare de voir des dyspeptiques augmenter de 500 grammes, 1 kilogramme ou même 2 kilogrammes par semaine.

J'en ai vu un augmenter de 4 kilogrammes en une semaine, et un autre de 5 kilogrammes en cinq jours. Ces augmentations d'un kilogramme par jour sont certainement l'exception, mais j'ai pu les constater.

Il va sans dire qu'un malade qui dépérit, parfois depuis 15 à 20 ans, est encouragé par le fait qu'il gagne du poids et prend bonne mine.

Cet encouragement agit sur son état d'âme, qui a lui-même une répercussion favorable sur les voies digestives.

Pendant la cure de suralimentation, les malades prennent l'habitude de manger abondamment d'une nourriture variée.

Cette habitude est très salutaire, car elle leur permet de continuer à se fortifier tout en ayant quitté l'établissement médical. C'est ainsi qu'un malade, qui n'avait pu rester que peu de temps sous ma direction, m'écrit ce qui

suit : « Mon poids a augmenté jusqu'à 64 kilogrammes, c'est-à-dire 13 kilogrammes de plus que le jour de mon entrée dans votre établissement. La constipation ne reparaîtra jamais, j'en suis sûr ! » Ce sont les paroles d'un convaincu, et cette conviction en la guérison le maintiendra en bonne santé.

Nous avons donc vu que dans le traitement de la dyspepsie, il importe surtout d'avoir une influence morale sur le malade, soit pour déraciner des autosuggestions maladives, soit pour modifier un état d'âme pernicieux.

Il faut encourager le malade, l'amener à une bonne alimentation et même à la suralimentation, afin qu'il constate plus rapidement les progrès de sa guérison.

Donnons-lui confiance dans ses forces et dans sa santé, ne craignons point de faire avec lui des plans d'avenir, et relançons-le dans la vie plus vaillant que jamais.

C'est à propos des dyspepsies nerveuses qu'on peut le faire le plus facilement, car je n'en ai jamais rencontré un cas qui n'ait pu se guérir d'une façon radicale. Et si je voyais un de mes confrères douter de l'efficacité de notre art, je lui dirais : « Pour reprendre confiance, soignez des dyspepsies ; mais, d'une façon rationnelle en laissant de côté les régimes sévères et les examens chimiques du suc gastrique. »

LEÇON VIII

La constipation habituelle.

La constipation habituelle, dont sont atteints tant de malades et dont le traitement est si variable selon les médecins, est une affection dont il est facile d'obtenir la guérison complète. Tous les cas que j'ai traités ont été guéris, aussi puis-je affirmer en toute conscience à mes malades que la constipation chronique est parfaitement guérissable,

Et pourtant tous ceux qui viennent me consulter ont déjà suivi de nombreux traitements, et semblent venir me voir en désespoir de cause.

Ils sont bien étonnés quand je leur parle de guérison certaine, ils ouvrent de grands yeux et hésitent parfois à suivre mes conseils. Peu importe le premier instant d'hésitation, il est presque naturel quand on songe à tous les essais que l'on a faits en vain. Je reviens à la charge jusqu'à

ce que le résultat soit obtenu, et jusqu'à présent je n'ai jamais eu d'insuccès.

Pour mieux comprendre la question qui nous occupe, jetons un regard sur la façon dont on l'a considérée jusqu'à ce jour.

On sait que des médecins d'une génération peu éloignée de la nôtre donnaient à la constipation une importance prépondérante. Elle devait être la cause de bien des maladies, ou tout au moins de nombreux malaises.

Le médecin appelé auprès du malade commençait par prescrire un purgatif en attendant que l'affection fût déclarée et qu'il pût faire son diagnostic.

Si un malade se plaignait de maux de tête, on le purgeait, alléguant que la constipation en était la cause.

En un mot, on purgeait parce que c'était à la mode.

Le public lui-même était imbu de la même idée, et j'ai connu une vieille dame qui prétendait ne pas pouvoir bien se porter sans se purger chaque semaine. Elle avait obtenu de son médecin une ordonnance de sel de Carlsbad artificiel, et la communiquait à tous ses amis et connaissances, persuadée qu'elle faisait œuvre d'humanité.

On prenait des purgatifs avec la même ardeur avec laquelle on se soumet aujourd'hui aux régimes les plus variés.

L'idée de la purgation avait exercé une influence sug-

gestive profonde sur la mentalité des médecins et des malades.

Je crains bien que de nos jours encore, elle n'ait laissé de sérieuses traces et que l'on n'ait grand'peine à la déraciner définitivement.

La constipation était presque considérée comme une maladie, on s'en inquiétait trop et, lorsque le remède indiqué ne faisait pas immédiatement son effet, on s'effrayait. On en essayait un autre et, s'il n'agissait pas, on devenait facilement un constipé chronique.

Nous ne comprendrons vraiment le mécanisme de la constipation habituelle, et son traitement rationnel, qu'en en sondant la genèse.

Il y a différentes sortes de constipés. Les uns ont une affection organique du système digestif et sont du ressort de la chirurgie, nous ne nous en occuperons donc pas ici.

Les autres, qui sont de beaucoup les plus nombreux, sont simplement atteints d'un trouble de la fonction intestinale, et sont toujours guérissables.

On en distingue divers genres que nous pouvons classer dans les catégories suivantes :

a) Les constipés par anorexie mentale.

b) Les constipés par dyspepsie gastrique ou intestinale traitée par le régime.

c) Les constipés qui troublent leur fonction intestinale en y fixant leur attention, ou constipés psychiques.

a. *La constipation due à l'anorexie mentale.* — On a si souvent répété que le manque d'appétit provenait de ce que les fonctions intestinales ne se faisaient pas régulièrement, que l'on s'étonnera d'abord de la proposition contraire.

Et pourtant l'expérience nous prouve que tous les malades qui n'ont pas d'appétit, qui par conséquent ne se nourrissent pas suffisamment, ont une tendance à la constipation.

Il suffit d'observer des neurasthéniques, des mélancoliques ou de simples déprimés pour s'en rendre compte.

Dès qu'une personne mange moins que d'habitude ses fonctions digestives sont retardées.

b. *La constipation due au régime.* — La diminution d'aliments étant une cause de la constipation, comment s'étonner que les personnes vivant de régime ou d'extraits de viande soient souvent constipées.

Nous devons établir une différence entre la valeur nutritive ou qualitative des aliments, et leur valeur quantitative.

Ce qui importe dans la constipation, c'est surtout la

question de quantité, ou de volume, des aliments et de leurs résidus, comme nous le verrons à propos du traitement.

Tous les dyspeptiques de l'estomac ou de l'intestin qui vivent de régimes légers, et qui n'ont pas une nourriture assez abondante, sont des candidats à la constipation.

La constipation par anorexie mentale et la constipation due au régime sont deux formes secondaires de constipation que nous avons cependant tenu à signaler.

La forme principale qui est assez fréquente, et dont l'opiniâtreté est connue si on ne lui applique pas un traitement rationnel, c'est :

c. *La constipation psychique ou essentielle.* — En étudiant la constipation psychique, nous devons reconnaître une fois de plus combien grande est l'influence de la vie psychique sur les fonctions digestives.

Tous ceux qui ont soigné beaucoup de constipés reconnaîtront que ces malades ajoutent trop d'importance à leur affection. Souvent, on leur a inculqué l'idée que la constipation entraînait toutes sortes de maux, et qu'il fallait absolument avoir des fonctions régulières pour bien se porter.

Pour assurer le bon fonctionnement de leur tube digestif, ils ont d'abord usé de laxatifs qui leur avaient été

recommandés. Au bout d'un certain temps, l'effet était incertain et la fonction irrégulière, malgré le remède.

Craignant de fatiguer son système digestif, le malade mange moins. Il pense ne pas avoir le droit de remplir son estomac, si les évacuations ne sont pas régulières. En un mot il rentre dans ce cercle vicieux, où s'égarent tous ceux qui n'ont pas compris le principe de rééducation des voies digestives.

Lorsque les remèdes n'agissent plus, on recourt aux irrigations du rectum, et j'ai vu des malades qui voyageaient depuis 20 ou 30 ans avec un appareil spécial pour prendre des lavements quotidiens.

Si par malheur, on oubliait l'appareil, ou s'il fallait en faire réparer une partie, les pauvres malades se croyaient perdus. Ils ne pouvaient pas concevoir la possibilité de vivre un jour sans lavement, ils étaient devenus des esclaves de leur fonction anale, de même que d'autres sont des esclaves de leur régime, de l'alcool ou de la morphine.

S'ils n'ont pas de selle un jour, ils sont souvent aussi tristes que si une grave catastrophe avait fondu sur eux.

Par contre, le jour où on les a guéris et où les fonctions surviennent, sans médicament et sans adjuvant mécanique, leur joie est débordante.

Il y a donc une psychologie spéciale du constipé, et

l'expérience m'a toujours démontré qu'en modifiant l'état d'âme du malade, on pouvait guérir la constipation plus facilement que par tout autre moyen.

Ce point de vue peut paraître bizarre à ceux qui n'ont pas encore fait d'expériences de ce genre, mais il est si plausible et si évident pour le praticien qui tient compte de la psychophysiologie, que nous n'aurons pas de peine à le démontrer par des faits.

Il semble que le constipé provoque un spasme de son anus et une paralysie de ses péristaltiques, en fixant son attention sur ses fonctions intestinales.

Si à côté de cela, il mange moins pour ne pas surcharger son intestin, on peut être sûr qu'il ne parviendra pas à guérir son mal, malgré tous les remèdes.

Bien au contraire, les remèdes et les traitements locaux contribuent à fixer l'attention du malade sur la fonction. Comme je l'ai expliqué dans ma *Conception psychologique du nervosisme*[1] le fait de fixer son attention sur une fonction physiologique tend à la troubler.

Entrevoyant ainsi la genèse de la constipation psychique, nous n'aurons pas de peine à en trouver le remède.

Renonçant à l'emploi des médicaments, Dubois, de

1. *Archives de Psychologie.* Janvier 1906.

Berne, a décrit d'une façon magistrale son traitement de la constipation.

Il fait la rééducation du système digestif en accumulant le plus possible d'invitations à aller à selle, au même moment de la journée.

Il conseille aux malades d'aller le matin toujours à la même heure. La digestion ayant eu le temps de se terminer pendant la nuit, le matin est le moment de la journée le plus favorable, c'est aussi le plus commode.

Il conseille de prendre, à jeun en se réveillant, un verre d'eau froide qui a la propriété d'activer les péristaltiques.

Ensuite, il faut prendre un copieux déjeuner composé de lait, pain, beurre et confitures.

Le fait de s'habiller nécessite certains mouvements du corps, qui agissent comme une sorte de massage sur les organes abdominaux.

Prendre un verre d'eau froide à jeun, déjeuner copieusement, s'habiller et aller à la selle chaque matin à la même heure constituent des influences favorables, qui, accumulées, provoquent un résultat certain.

Dubois insiste en outre sur l'importance qu'il y a de donner ces conseils aux malades avec une autorité persuasive. Le médecin qui n'est pas convaincu lui-même du succès a de la peine à entraîner la conviction du malade, et s'il a le malheur d'ajouter : « Si cela n'agit

pas, nous employerons un autre traitement, » il a bien des chances de ne pas réussir.

Je crois en effet que l'affirmation persuasive du médecin est le facteur le plus important du traitement, et depuis longtemps je m'inquiète peu du verre d'eau et des prescriptions secondaires.

La suralimentation me suffit pour guérir la constipation habituelle. Je me suis tellement habitué à la voir disparaître, sans aucun autre traitement, que je peux affirmer en toute sincérité à mes malades que ce symptôme n'a pas d'importance, et qu'il disparaîtra en prenant une nourriture abondante.

« Quand on veut avoir beaucoup de cendres dans un fourneau », dis-je à mes malades, « il faut y mettre beaucoup de combustible. — C'est la même chose pour le tube digestif, il faut une alimentation abondante pour augmenter les selles. »

Aucun cas n'a résisté à ce raisonnement si simple. En ne m'inquiétant pas du symptôme constipation, j'apprends au malade à ne pas y fixer son attention, je détruis ainsi l'inhibition psychique qui entrave la fonction. En mettant le malade à la suralimentation, je lui fournis le combustible nécessaire à des selles abondantes. Ces deux mesures me suffisent amplement pour atteindre mon but, et je suis étonné de voir avec quelle

rapidité on rééduque les fonctions digestives. Dans les cas de constipation par anorexie ou par régime, il est souvent difficile d'amener le malade à la suralimentation sans aucune transition.

Nous recourons alors à la diète lactée progressive, pendant les premiers jours, comme on le fait dans le cas de dyspepsie ou d'atonie stomacale.

Dans les cas de constipation chronique essentielle, où les malades sont disposés à bien manger, je n'hésite pas à prescrire immédiatement la suralimentation.

Les résultats peuvent être très rapides, et il m'a été possible de guérir en une seule consultation un vieillard de 80 ans, qui souffrait depuis 20 ans de constipation chronique, et qui ne voyageait jamais sans un valet de chambre spécial chargé de lui donner chaque matin son lavement.

Je pense mieux expliquer ma manière de voir en décrivant le cas :

Le 28 juin 1907, je suis appelé dans un hôtel, auprès d'un malade qui venait de l'étranger pour me consulter.

Étant sur le point de partir en vacances, je prie mon adjoint le Dr Ruch de m'accompagner, afin de pouvoir lui donner les indications nécessaires pour la continuation du traitement.

Nous nous trouvons en présence d'un petit vieillard,

qui nous affirme n'avoir jamais été sérieusement malade.

Seule, la constipation chronique dont il souffre depuis 20 ans empoisonne son existence. Il a consulté des médecins à Vichy, a fait des cures, mais tout est inutile ; il ne peut pas aller à selle sans lavement, et nous montre dans la cuvette le tuyau qui sert à l'opération journalière. Au point de vue de son anamnèse, nous ne pouvons pas avoir de renseignements sur ses ascendants.

Parmi ses descendants, nous trouvons un fils souffrant d'entérite muco-membraneuse, une fille d'entéroptose et une petite fille de dyspepsie. Les médecins déjà consultés attribuent l'affection à une diathèse arthritique, et prescrivent au malade un régime sévère.

Il n'ose prendre ni viande, ni poisson, ni gâteaux, ni fruits, ni salade, etc., etc. L'énumération des mets défendus est si longue que, mon adjoint et moi, nous nous demandons ce qu'il peut encore prendre. Nous continuons notre examen du cœur, des poumons et des organes abdominaux. A l'exception d'un peu d'emphysème pulmonaire, notre vieillard était en parfaite santé.

Une analyse d'urine faite récemment ne dénotait rien d'anormal.

Cependant le malade s'inquiète, s'effraye même de son état. Son affection semble jouer un rôle prépondérant dans son existence, et il nous supplie de le guérir.

Je lui réponds que je suis certain de sa guérison, s'il suit mes conseils avec persévérance ; que jusqu'à présent tous les cas de constipation habituelle que j'ai traités ont été parfaitement guéris, et que je ne voyais pas pourquoi il ferait exception à la règle. Son visage s'épanouit, et je compris alors qu'en lui donnant confiance dans sa guérison j'avais accompli la majeure partie du traitement. Je lui expliquai ensuite que son intestin était paresseux, qu'il fallait le stimuler en lui donnant à travailler, et que le meilleur moyen de le faire était de se mettre à la suralimentation.

« Les selles », lui dis-je, « sont les cendres de votre digestion. Si vous voulez avoir beaucoup de cendres, il faut augmenter la quantité d'aliments. »

Ce ne fut pas difficile de lui démontrer qu'il n'avait pas pu se guérir en suivant son régime. Il mangeait en effet si peu, qu'il lui était matériellement impossible d'avoir une selle abondante chaque jour.

« J'ai bon appétit », disait-il, « mais je n'ose pas manger à ma faim, de peur de fatiguer mon intestin qui a déjà tant de peine à fonctionner.

— C'est justement en le faisant travailler que vous le fortifierez, et, puisque vous avez l'habitude que l'on vous prescrive un régime, je vais vous donner mes directions par écrit et vous me promettrez de les suivre à la

lettre : c'est une condition nécessaire si vous voulez être guéri. »

Après m'être informé de l'heure à laquelle il se levait, et du temps où il prenait habituellement ses repas, je lui fis les prescriptions suivantes :

Pour Monsieur X..., atteint de constipation chronique, à l'hôtel des 3 Couronnes à Vevey.

7 heures. — **Déjeuner** copieux : Lait ou chocolat (que le malade préférait), petits pains, beurre, confiture ou miel en grande quantité.

10 heures. — 3 décilitres de lait.

12 heures 1/2. — **Lunch** abondant : Potage, poisson ou entrée, viande, légume, dessert, compote de fruits, beaucoup de pain.

4 heures. — 3 décilitres de lait.

7 heures. — **Dîner**. Servi habituellement à l'hôtel avec la recommandation de bien se servir de chaque plat.

9 heures. — 3 décilitres de lait.

Je montrai cette liste au malade qui fut quelque peu étonné d'un changement aussi rapide d'alimentation. Comme il avait bon appétit et ne présentait aucun symptôme de dyspepsie, je ne voyais pas la nécessité de lui prescrire un régime de transition.

Le même jour, il se remit bravement à la suralimentation, et le surlendemain à 9 heures du matin, il eut une selle spontanée abondante, à son grand étonnement, car il y avait 20 ans que cela n'était pas arrivé. Je lui

recommandai d'aller tous les jours à la selle à la même heure, afin de régulariser la fonction de l'intestin. Le résultat fut bientôt définitif ; mon médecin adjoint vint le voir de temps en temps pour le maintenir dans la bonne voie. Au bout de quelques jours, le malade était déjà si sûr du résultat que la tâche du médecin devint de plus en plus facile.

Au retour de mes vacances, je le trouvai parfaitement rétabli.

En face de nombreux cas de ce genre, j'ai été amené à regarder la guérison de la constipation habituelle comme banale.

Je considère cette affection comme la conséquence d'une alimentation insuffisante, et j'ai la conviction qu'une nourriture abondante en est le remède efficace.

En juin 1908, soit une année après le traitement, j'eus d'excellentes nouvelles de mon malade, qui, malgré son grand âge, manifestait le désir de venir en Suisse pour me remercier.

Un cas analogue est celui d'un artiste pianiste, âgé de 25 ans, qui avait essayé en vain de nombreux traitements pour se débarrasser de sa constipation habituelle. A l'époque où il vint me consulter, il se préparait à faire

une tournée de concerts dans les grandes villes de l'Europe, et s'exerçait dix heures par jour sans se donner le temps de manger. Il s'en suivit une aggravation de la constipation et ce jeune homme s'alimentait de moins en moins, se laissant influencer par le vieux précepte : « On ne peut pas manger, quand on n'a pas de selles régulières. »

La conséquence en fut un amaigrissement rapide, et un affaiblissement physique qui lui rendait son travail très difficile.

Comme tous ses engagements étaient signés, il n'y avait pas de temps à perdre et il désirait une prompte guérison.

Vu son genre d'affection, je pus la lui promettre et je lui fixai le programme de sa journée comme suit :

Pour M. G..., artiste pianiste.

6 heures 1/2. — Lever.
7 heures. — **Déjeuner** abondant : Pain, beurre, confitures.
7 heures 1/2. — Se présenter chaque jour.
8 heures à midi. 4 heures d'étude.
Midi 1/2. — **Lunch** abondant : Potage, poisson ou entrée, viande, légume, dessert, pain en quantité.
1 h. 1/2 à 4 h. 1/2. — 3 heures d'étude.
4 heures 1/2. — 1/2 litre de lait avec deux petits pains.
5 h. à 8 h. — 3 heures d'étude.
8 heures. — **Dîner** copieux : Potage, poisson ou entrée, viande, légume, dessert, beaucoup de pain.
10 heures. — 1/2 litre de lait au moment de se coucher.

J'affirmai au malade qu'en suivant ces conseils, sa constipation disparaîtrait, qu'il retrouverait ses forces et qu'il pourrait facilement faire face à son engagement.

En effet, au bout de peu de jours, il avait des selles régulières, augmentait de poids et prenait bonne mine, malgré un travail intensif et fatigant.

Il fut à jamais guéri de sa constipation, et entreprit son voyage de concerts dans les meilleures dispositions physiques et morales.

En constatant de tels résultats, il me semble bizarre que l'on puisse considérer la constipation habituelle comme une maladie, et que tant de malheureux soient accablés de cette affection. C'est pourtant bien le cas, et, malgré la simplicité de ce traitement rationnel, on ne l'emploie que trop rarement.

L'homme est ainsi fait qu'il dédaigne facilement un remède trop simple, et qu'il préfère recourir à des médicaments portant de beaux noms, et pour lesquels on fait beaucoup de réclame.

On cherche à la dernière page des journaux ce que l'on pourrait trouver dans sa cuisine, et l'on passe à côté de la guérison, parce qu'on ne réfléchit pas assez.

Au point de vue médical chacun est victime des doctrines de son temps, et il ne serait pas étonnant que l'ère

des purgatifs à outrance ait augmenté la classe des constipés.

Rien n'est plus facile cependant que de régler ses fonctions digestives et, quand chacun l'aura compris, le nombre des constipés diminuera, pour disparaître peu à peu.

Quand chacun saura s'alimenter, on ne parlera plus de constipation habituelle.

LEÇON IX

L'entérite muco-membraneuse. — L'œuvre de Combe, son livre sur le traitement de l'entérite.

Nous ne voulons pas aborder la question de l'entérite muco-membraneuse sans examiner l'œuvre médicale du Dr Combe, de Lausanne. Comme tous les médecins qui font œuvre originale et qui ont une grande clientèle, ce distingué confrère eut ses détracteurs. Je vais donc essayer, en analysant son œuvre, d'être aussi personnel et impartial que possible, oubliant pour un instant les sarcasmes et les propos désobligeants qui furent souvent dirigés contre notre confrère lausannois.

J'ai vu de nombreux malades qui avaient été traités par Combe, qui ne ressentaient que peu d'amélioration après des mois de traitement, et qui gardaient cependant en lui la confiance la plus absolue. Son prestige moral est tel que tous ceux qu'il soigne le regardent comme un bon Dieu,

et conservent pour lui non seulement de la vénération, mais aussi une profonde affection.

C'est ce fait, comme nous le verrons, qui assure à Combe son succès, et ses confrères auront beau essayé de l'amoindrir, il continuera à faire de bonnes cures et sa clientèle ne diminuera pas, parce que ses malades l'aiment.

Et c'est ainsi que, peut-être sans s'en douter, le médecin de notre époque qui donne le plus d'importance à son régime guérit surtout par influence morale.

Nous parlions un jour ensemble et comme je lui disais que « l'influence morale du médecin agissait plus que le régime, dans son traitement », il me répondit : « Je crois que les deux agissent ».

En lisant le livre de Combe sur le *Traitement de l'entérite muco-membraneuse* j'ai découvert vers la fin, un modeste paragraphe intitulé : « Psychothérapie » conçu en ces termes :

« On connaît toute l'influence qu'exerce le moral sur l'état physique. Les malades souvent déprimés, désespérés seront remontés ; on leur expliquera la nature de leur maladie, l'auto-intoxication qui en résulte, les symptômes physiques et nerveux qui en découlent, les phobies qui les accompagnent. Lorsque le malade aura compris qu'il n'est pas une exception, que les symptômes pénibles qui

le tourmentent se retrouvent aussi chez d'autres, il se rassurera.

« Alors on pourra lui montrer que la maladie dont il souffre est longue, sujette à des hauts et des bas, à des périodes bonnes et mauvaises, mais qu'elle est guérissable et qu'avec sa guérison disparaîtront tous les symptômes qui l'ont accompagnée.

« Il est indispensable en effet que le malade ait la plus grande confiance dans son traitement pour accepter de suivre un régime long et ennuyeux, pour y consacrer le temps nécessaire, pour supporter sans désespérance les mauvais jours qui sont inévitables, même avec un traitement bien compris, bien appliqué et bien suivi. »

Eh bien, cette page pleine de vérité, Combe aurait dû la mettre à la place d'honneur dans son livre, car elle est la pierre d'angle de toute son œuvre et qu'en la supprimant il risquerait fort de voir diminuer et bientôt disparaître tous les beaux résultats qu'il a obtenus.

Combe fait une distinction, quelque peu artificielle, entre l'entéro-névrose muco-membraneuse et l'entérite muco-membraneuse qu'il déclare d'origine infectieuse. Il dit n'avoir observé la première affection que 28 fois sur 1 800 cas, surtout chez des femmes nerveuses ou chez des hommes neurasthéniques, et il ajoute que l'examen macroscopique et microscopique des selles démontre que

les membranes ressemblent absolument à celles de l'entérite muco-membraneuse. Plus loin, parlant des malades atteints d'entérite muco-membraneuse, il nous dit que tous affirment que chez leurs ascendants ou collatéraux, les migraines, les névralgies, l'asthme sont fréquents. Ne sont-ce pas là des signes d'un état nerveux et ne vaudrait-il pas mieux considérer l'entérite muco-membraneuse avec Leyden, Vanni, Mendelson, Dubois, de Berne, comme d'origine purement nerveuse ?

Persuadé de l'action antiputride de son régime, Combe se laisse entraîner en toute sincérité, je le reconnais, à admettre une entérite muco-membraneuse infectieuse pour expliquer l'effet de son traitement.

« La plupart des auteurs affirment que la nervosité est la cause de l'entérite muco-membraneuse, » écrit Combe ; il cite le travail magistral de G. Lyon sur la pathogénie des névroses intestinales, et sans essayer de le réfuter il ajoute : « Ce travail, quoique très étudié, n'a pas modifié notre manière de voir ».

A l'appui de sa théorie infectieuse, il nous cite le cas d'un enfant atteint d'entérite membraneuse et dans les selles duquel on avait trouvé des streptocoques. Grâce à l'emploi d'un thermomètre commun, l'infection streptococcique fut transmise à 5 autres enfants qui furent atteints d'entérite à streptocoques.

Personne ne fera d'objection à la possibilité de la propagation d'une infection streptococcique, mais cela suffit-il pour admettre que l'entérite membraneuse est infectieuse. Dans le cas cité par Combe, l'infection streptococcique n'est-elle pas plutôt une coïncidence, puisqu'il affirme lui-même qu'on peut avoir des membranes sans aucune cause infectieuse.

« Il suffit, dit-il, d'une irritation de l'intestin pour amener la sécrétion glaireuse ou membraneuse. C'est ce que prouvent les expériences de Bernard et Hallin qui ont provoqué chez le lapin des selles glaireuses en sectionnant et liant les filets des plexus mésentériques. »

La critique est aisée et notre intention n'est point de discuter la théorie infectieuse de notre illustre confrère. Nous essayerons d'expliquer les résultats qu'il a obtenus, qui sont évidents et que personne n'osera contester.

Combe n'a jamais voulu être un spécialiste pour les maladies de l'intestin. Il l'est devenu par la force des choses, parce qu'il a guéri de nombreux malades que d'autres ne pouvaient pas guérir.

Et s'il admet que l'entérite muco-membraneuse est d'origine infectieuse, ce n'est pas aux nombreux antiseptiques de l'intestin qu'il recourt, mais à une alimentation rationnelle, progressive, amenant peu à peu le malade à une diète variée.

Ce n'est plus du régime proprement dit qu'il fait, mais une rééducation lente du système digestif, trop lente à notre avis, car il met des mois et parfois des années à obtenir des résultats qu'il pourrait facilement obtenir en quelques semaines.

Dès que Combe considère l'importance de la stase du contenu du système digestif, nous tombons absolument d'accord, mais la stase est un phénomène mécanique susceptible de rééducation rapide, dès qu'il n'y a pas d'obstacle organique et je crois que pour vaincre le « tuyau en caoutchouc » de l'entérite muco-membraneuse, une alimentation abondante est plus utile qu'un régime antiputride.

Du reste, comme il le dit dans son chapitre sur l'antisepsie intestinale : « Une désinfection de l'intestin et de son contenu est physiologiquement impossible » et lorsqu'il considère l'augmentation des sulfo-éthers dans l'urine comme un signe de plus grande putréfaction intestinale, je crois qu'il vaudrait mieux l'interpréter comme un signe de stase intestinale, puisque celle-ci entraîne naturellement une augmentation de la putréfaction.

Supprimez la stase et vous supprimez en même temps l'entérite muco-membraneuse, c'est l'idée que Combe tend à démontrer lorsqu'il cite le fait suivant à propos d'un jeune Egyptien :

« Il était atteint d'un rétrécissement pylorique avec dilatation stomacale considérable et stase alimentaire qui avaient provoqué une entérite membraneuse avec poussées diarrhéiques glaireuses. Cette entérite résista aux traitements diététiques divers qui lui furent ordonnés et guérit complètement, grâce à une gastro-entérostomie faite à Zürich. »

Cet exemple est un de ceux que nous observons journellement, il est de toute importance, car à lui seul, il éclaire davantage la pathogénie de l'entérite muco-membraneuse que ne le fait la théorie de la putréfaction. C'est un fait scientifiquement prouvé par l'expérience, et en face des faits, il n'y a qu'à s'incliner. Nous sommes tous atteints de putréfaction intestinale, puisque la désinfection de l'intestin est physiologiquement impossible ; par contre la stase intestinale ou stomacale est un fait accidentel et parfaitement remédiable.

Il me paraît donc plus rationnel d'attribuer la formation de membranes à l'irritation mécanique de la muqueuse intestinale provoquée par la stase du contenu du tube digestif.

Si nous mettons à part les cas d'obstacles organiques, nous devons reconnaître que, dans la grande majorité des cas, cette stase a une cause fonctionnelle, c'est-à-dire d'origine nerveuse.

Si nous suivons Combe dans sa description du traitement de l'entérite, nous voyons qu'il recommande d'introduire dans le régime une proportion aussi considérable que possible de farineux, qu'il considère comme aliments antiputrides.

Il ne se doute pas qu'en voulant simplement diminuer la putréfaction intestinale, il prescrit une ration alimentaire qui, par le volume qu'elle représente, aura une action mécanique sur les péristaltiques et tendra ainsi à diminuer la stase.

Chose étonnante, tout en reconnaissant que le lait est un aliment antiputride, il le défend en affirmant qu'il n'est pas supporté dans l'entérite. Ce fait provient sans doute d'une auto-suggestion que le distingué praticien de Lausanne entretient chez ses malades, car tous les cas analogues que j'ai traités l'ont parfaitement bien supporté.

Qu'il me soit permis, en passant, de citer un fait pour justifier mon assertion.

En séjour dans une station alpeste, je fus appelé inopinément auprès d'une dame de Paris, qui à la suite d'une frayeur avait de violents maux d'estomac. Elle ne pouvait plus rien supporter, c'était une malade du Dr Combe qui se trouvait au régime n° III. Je la rassurai et l'engageai à se nourrir en ajoutant à son alimentation habituelle 3 décilitres de lait 2 fois par jour. Elle le supporta parfai-

tement bien, augmenta de poids rapidement et, quand elle revint à Lausanne, le Dr Combe constata une telle amélioration qu'il la fit immédiatement passer au régime n° V et que quinze jours plus tard elle rentra à Paris parfaitement guérie.

C'était pourtant un cas d'entérite muco-membraneuse, infectieuse suivant le diagnostic du Dr Combe.

Comme je l'ai déjà dit, le Dr Combe guérit beaucoup de malades, il les guérit lentement, mais il les guérit, et s'il n'a pas raison en leur inculquant parfois certaines idées autosuggestives néfastes, il a l'immense mérite d'opérer chez eux une rééducation rationnelle et graduelle du système digestif, comme il le fait en les soumettant à ses divers régimes.

Nous allons les passer en revue, afin de nous rendre compte de leur principe le plus important : l'augmentation graduelle dans la quantité des aliments.

RÉGIME N° I

MENU

7 heures 1/2. — Potage.
10 heures. — Potage, eau d'Évian.
12 heures 1/2. — Potage.
3 heures 1/2. — Potage, eau d'Évian.
7 heures. — Potage.
10 heures. — Évian.
Nuit. — Évian.

« Il doit être bien entendu que ce régime des potages à l'eau est un régime médicamenteux et non alimentaire. Dès que l'amélioration se maintient, il faut passer au régime n° II. »

Le Dr Combe met en garde contre un régime qui pourrait être débilitant. Il l'emploie un temps restreint, de même que nous employons la diète lactée initiale dans le traitement des dyspepsies.

RÉGIME N° II

MENU

7 heures 1/2. — **Déjeuner** : Potage épais (knorr, maggi, farine lactée), cuit à l'eau ou au lait, longuets, biscottes, beurre frais (à moins de contre-indication : pyrosis, diarrhée).

8 à 9 heures. — Repos étendu sur le lit.

10 heures. — Farine lactée à l'eau ou au lait, ne pas manger.

12 heures 1/2. — **Lunch** : 1 à 2 jaunes d'œufs (cru ou mollet), pâtes alimentaires avec beurre frais, pudding, biscottes ou longuets, beurre frais, ne pas boire.

1 à 2 heures. — Repos sur le lit sans dormir.

3 heures 1/2. — **Goûter** : Farine lactée à l'eau ou au lait, eau d'Évian, ne pas manger.

7 heures. — **Dîner** : 1 à 2 jaunes d'œufs, pâtes alimentaires, pudding, biscottes ou longuets, beurre frais, ne pas boire.

8 à 9 heures. — Repos sur le lit sans dormir.

10 heures. — Infusion (camomille, menthe, fenouil ou anis, tilleul, fleur d'oranger, etc.), eau d'Évian.

Après 8 ou 10 jours de régime n° II, on ajoutera au lunch et au dîner, des purées de pommes de terre ou des pommes de terre au four et des myrtilles, soit au jus, soit en compotes.

RÉGIME N° III

Ce régime doit être considéré comme le régime médicamenteux de l'entérite pendant les six premiers mois du traitement.

MENU

7 heures 1/2. — **Déjeuner** : Potages à l'eau ou au lait, jambon d'York, 50 grammes, longuets ou zwiebacks, beurre frais.

8 à 9 heures. — Repos étendu sur le lit.

10 heures. — Cacao à l'avoine ou café Kneipp au lait (suivant les cas), ne pas manger.

12 heures 1/2. — **Lunch** : Viandes grillées ou rôties, sans jus ni sauce (50 grammes), 1 ou 2 jaunes d'œufs frais, pâtes alimentaires ou riz, purée de pommes de terre ou au four, pudding, longuets ou biscottes, beurre frais, ne pas boire.

1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. — Repos sur le lit sans dormir.

4 heures. — **Goûter** : Café Kneipp, cacao avoine (suivant le cas), eau d'Évian, ne pas manger.

7 heures 1/2. — **Dîner** : Viandes rôties ou grillées chaude ou froide (50 grammes), pâtes alimentaires, purée de pommes de terre ou au four, pudding, myrtilles au jus, longuets ou biscottes, beurre frais, ne pas boire, manger moins qu'au lunch.

8 h. 1/2 à 9 h. 1/2. — Repos sur le lit.

10 heures. — Infusion (camomille, tilleul, anis, menthe, etc.).

Il faudra suivre ce régime n° III, 6 mois au moins, affirme le Dr Combe.

Comme nous pouvons déjà le remarquer, ce régime est assez copieux, il représente un volume d'aliments considérable et devra forcément stimuler l'action mécanique du système digestif.

En le faisant suivre 6 mois, on se donne du temps pour obtenir une amélioration et si les malades se plaignent, il est facile de leur répondre : « Ce n'est qu'après 6 mois que vous pourrez juger de l'effet du traitement ».

Si cela est commode pour le médecin, cela crée chez le malade une idée autosuggestive néfaste. Il faudra 6 mois pour obtenir une amélioration, et je crains bien que cette seule représentation mentale ne suffise à prolonger l'état maladif.

Il serait plus sage de dire au malade : « Lorsque vous irez mieux, nous passerons au régime suivant », sans fixer une durée qui, comme nous le verrons, peut être diminuée de beaucoup.

Le plus souvent après le sixième mois, on passe au régime n° IV.

RÉGIME N° IV

MENU

7 heures 1/2. — **Déjeuner** : Thé de Chine, cacao à l'avoine (au choix), jambon d'York (50 grammes), longuets, zwiebacks, beurre frais.

8 h. à 8 h. 45. — Repos.

10 heures. — Café Kneipp, ne pas manger.

12 heures 1/2. — **Lunch** : Viandes grillées ou rôties, 1 à 2 jaunes d'œufs, pâtes alimentaires, purées de légumineuses, purée de pommes de terre (au choix), puddings, crèmes cuites ou en petits

pots, myrtilles au jus ou en compote (au choix), longuets ou biscottes, beurre frais, ne pas boire.

1 h. 1/2 à 2 h. 1/2. — Repos.

4 heures. — **Goûter** : Café Kneipp, cacao avoine (au choix), thé léger, ne pas manger.

7 heures 1/2. — **Dîner** : Poisson très frais (truites, soles, merlan), bouillie à l'eau salée, viandes rôties ou grillées, pâtes alimentaires, purée de légumineuses, puddings, myrtilles, crèmes cuites (au choix), longuets, biscottes, ne pas boire.

8 à 9 heures. — Repos au lit.

10 heures. — Infusion.

Enfin après un temps plus ou moins prolongé, on passe au régime V.

RÉGIME V

MENU

7 heures 1/2. — **Déjeuner** : Thé de Chine, cacao à l'avoine, café au lait Kneipp (suivant les cas), jambon d'York, viande froide (50 grammes au choix), longuets ou pain grillé, beurre frais.

8 h. à 8 h. 1/2. — Repos étendu.

10 heures. — Repos étendu.

12 heures 1/2. — **Lunch** : jaunes d'œufs frais, poissons au court bouillon, viandes grillées ou rôties (au choix), pâtes alimentaires, purées de légumineuses, purées de légumes verts (au choix), puddings, crèmes cuites (au choix), purées de fruits, longuets ou pain grillé, beurre frais, boisson 50 à 100 grammes.

1 h. 1/2 à 2 h. — Repos étendu.

4 heures. — **Goûter** : Café au lait Kneipp, thé léger (au choix), biscuits secs (Marie, Albert, Palmers).

7 heures 1/2. — **Dîner** : Comme à midi, œufs à la coque ou brouillés, viandes rôties, poissons bouillis avec beurre frais (au choix), pâtes alimentaires, purées de légumineuses (au choix),

puddings, crèmes cuites, purée de fruits cuits (au choix), pain grillé, beurre frais, boisson 50 à 100 grammes.

8 h. 1/2 à 9 h. — Repos étendu.

10 heures. — Infusion.

Nous venons donc de passer en revue la liste des régimes du Dr Combe. J'ai tenu à la transcrire telle que l'auteur l'a publiée lui-même, afin de pouvoir l'examiner aussi consciencieusement que possible.

Ce régime qui est à la mode dans la société parisienne, qui souffre aujourd'hui d'entérite comme elle souffrait autrefois de vapeurs, n'est peut-être pas connu avec exactitude de la part de beaucoup de médecins.

Je me souviens encore de la remarque d'un confrère en passant devant un hôtel de Lausanne, où Combe a de nombreux malades : « C'est l'hôtel des macaronis », s'écriait-il d'un air malicieux. Comme si c'était ridicule de vouloir guérir une entérite en préconisant dans l'alimentation des pâtes alimentaires.

Comme je l'ai déjà fait remarquer, Combe procède à la rééducation graduelle du système digestif, et il choisit comme agent mécanique les farineux qu'il fait prendre en quantité aussi considérable que possible. Il gave ses malades et arrive ainsi à vaincre la stase alimentaire, comme nous le faisons nous-mêmes par la suralimentation.

En fixant un terme éloigné à la guérison, il s'assure

d'avance la patience nécessaire des malades, et il ne prend pas la responsabilité des cas qui ne se soignent pas pendant le temps fixé.

Il est pour ainsi dire sûr d'arriver à un succès final.

En somme nous devons reconnaître que ce système des régimes est des plus ingénieux, et s'il nous était permis d'exprimer notre avis à un confrère si intelligent et dont l'autorité est si grande, nous lui dirions qu'avec la merveilleuse influence qu'il exerce sur ses malades, nous ne serions pas étonnés qu'il arrivât bientôt à guérir en 2 ou 3 mois les malades qu'il a souvent soignés pendant deux ou trois ans.

Un fait analogue s'est produit dans notre clientèle à propos de la constipation chronique, que nous guérissions autrefois en quelques semaines. Aujourd'hui, peu de jours nous suffisent à obtenir le même résultat, parce que nous avons appris à affirmer aux malades la guérison avec moins d'hésitation.

Les succès remportés augmentent chez le médecin la confiance en son traitement et son action persuasive sur ses malades.

Le jour où notre distingué confrère de Lausanne fera preuve de moins de modestie et comprendra que c'est lui-même qui guérit ses malades, bien plus que ses régimes, il les fera passer en quelques semaines du n° I au

n° V puis à l'alimentation habituelle, il ne parlera plus de 6 mois pour le régime n° III, et un nombre encore bien plus considérable de malades pourront bénéficier des bienfaits de son traitement.

Pour conclure, nous devons reconnaître que si nous ne sommes pas d'accord sur l'interprétation que Combe donne à son traitement, nous devons admirer le fait qu'il ait su abandonner l'emploi des remèdes.

En se libérant des chaînes de la thérapeutique habituelle et en recourant, en somme, à une alimentation abondante dans le traitement de l'entérite membraneuse, Combe a fait preuve d'une indépendance d'esprit très louable.

Le jour où il donnera à son traitement une interprétation rationnelle, sans se perdre dans sa théorie infectieuse, il n'aura plus de peine à le faire comprendre à ses confrères.

On se rendra compte de la sagesse qu'il y a à soumettre à une alimentation abondante les malades atteints d'entérite membraneuse.

LEÇON X

L'entérite muco-membraneuse. — Son origine nerveuse et son traitement.

L'entérite muco-membraneuse est une affection fonctionnelle du système digestif, tout comme l'atonie stomacale, la dyspepsie, ou la constipation habituelle.

On a abusé du mot : entérite, comme on a abusé du mot : dilatation d'estomac.

On diagnostique aujourd'hui l'entérite avec encore plus d'entrain que la dilatation d'estomac, et il est presque de bon ton d'avoir son entérite.

Chose extraordinaire, c'est surtout en France que l'on est atteint d'entérite. Les malades qui viennent d'Allemagne, de Hollande, de Suède, d'Espagne, d'Égypte souffrent plus rarement d'entérite que ceux qui viennent de France.

On a cherché une explication de ce fait dans l'alimentation. Or l'expérience nous apprend que la cuisine française est supérieure à celle de tout autre pays.

Je crois que l'explication est plus simple et que ce fait est surtout dû à une influence suggestive.

Des malades chez qui l'on a diagnostiqué une entérite en ont parlé à d'autres, qui se sont découvert les mêmes symptômes, et ont consulté un médecin qui a de nouveau parlé d'entérite. Peu à peu les cas d'entérite ont fait boule de neige et il est rare de trouver une famille, où il n'y ait pas un ou plusieurs cas d'entérite.

On a créé l'entérite, comme on avait créé autrefois la grande hystérie de Charcot.

Une jeune artiste de Paris, d'une intelligence supérieure, me racontait qu'à la suite d'un concours qui lui avait causé une grande fatigue, elle avait été prise de diarrhées. Elle fit des membranes et son médecin diagnostiqua bientôt une entérite muco-membraneuse, et lui conseilla de se mettre au régime Combe pendant plusieurs mois. Notre malade, qui n'était pas fortunée et qui n'avait pas le loisir de se soigner, n'écouta pas son médecin, partit pour la campagne et se mit à manger de tout. Au bout de peu de jours, elle était parfaitement guérie.

On me dira que c'était une entéro-névrose, et que c'est la raison pour laquelle la guérison fut si vite obtenue. Ma conviction est que l'immense majorité de ces cas d'entérite sont des entéro-névroses, et qu'il serait plus juste de

renverser la proposition du Dr Combe en disant que sur 1 800 cas de ce genre on peut rencontrer 28 cas d'entérite vraie.

Certes il ne faut pas admettre à la légère une simple affection fonctionnelle des voies digestives et l'on ne saurait négliger aucun moyen d'examen. Si l'état général du malade est satisfaisant, et si l'on ne peut pas constater une entérite infectieuse typique nécessitant un traitement médicamenteux, il n'y a pas à hésiter, et l'on peut admettre un trouble fonctionnel.

Lorsque je commençai ma clientèle, je me suis un jour laissé induire en erreur, par un cas qui présentait une certaine analogie avec une entérite infectieuse.

Je fus appelé auprès d'un Monsieur de 32 ans qui avait été pris pendant la nuit de coliques et de diarrhées presque continues. Il attribuait son mal au dernier repas qu'il avait pris et, croyant être en présence d'une entérite vraie, je lui prescrivis du calomel et une diète sévère. Les coliques ne cessaient pas et l'état du malade semblait s'aggraver. Je recourus à l'opium, puis au bismuth, à la tannalbine, etc., toujours sans résultat.

Trois semaines se passèrent ainsi sans obtenir le moindre résultat, lorsque par hasard la femme du malade me dit un jour : « Vous savez, Docteur, mon mari est très impressionnable. Le jour où il est tombé malade, il eut

une grande colère à la suite d'une discussion avec un fournisseur. Il devint subitement pâle, se trouva mal et c'est la nuit suivante que sa maladie s'est déclarée. » Ces paroles suffirent pour m'éclairer et je songeai à l'entérite nerveuse, d'origine psychique que les médecins connaissaient encore peu et que j'acceptais sous toute réserve. — On dit que le doute mûrit les fortes convictions et mon scepticisme était presque naturel, à un moment où l'on ne connaissait que la médecine chimiatrique.

En face de l'impuissance des médicaments que j'avais prescrits à mon malade, je n'hésitai pas à tenter les moyens recommandés dans l'entérite nerveuse.

Tout d'abord, je lui conseillai de sortir de son milieu, afin d'oublier toutes ses préoccupations. Je l'installai dans une maison de malades, et je défendis les visites et la correspondance. Tous les remèdes furent supprimés et le malade passa immédiatement à la suralimentation.

Peu à peu, il me fut possible de pénétrer dans sa mentalité et j'appris que de gros soucis d'affaires le tourmentaient. Je l'encourageai, je lui prêchai le stoïcisme et la confiance dans l'avenir. Bientôt je remarquai qu'une conversation calmante avait plus d'influence sur ses péristaltiques intestinaux que tous les médicaments de la pharmacopée.

Il n'y avait plus de doute, nous étions en présence

d'une entérite nerveuse et le traitement moral, accompagné d'une alimentation variée, nous permit de remettre le malade sur pieds en peu de temps. Les expériences de ce genre sont utiles aux médecins qui désirent comprendre la pathogénie des affections digestives fonctionnelles. Elles représentent l'étape que doit forcément franchir le jeune praticien qui sort de l'école, confiant dans l'efficacité des remèdes, comme il fut un jour confiant dans ses illusions de jeunesse.

Aujourd'hui, plus que jamais, d'habiles commerçants augmentent l'arsenal thérapeutique de remèdes extraordinaires, aux noms plus extraordinaires encore ; chaque jour on reçoit des échantillons et des prospectus vantant les qualités de telle ou telle marchandise. Tout cela est un danger pour la médecine, et un piège pour le praticien qui n'est pas armé d'un peu de scepticisme et d'esprit critique. En suivant ce funeste courant les médecins risquent de favoriser certaines exploitations commerciales au détriment de leurs malades qui deviennent des sujets d'expériences, pour servir à la réclame de tous ces nouveaux remèdes.

Si j'insiste sur ce point à propos de l'entérite mucomembraneuse, c'est que les malades qui en sont atteints, ne pouvant pas trouver la guérison, ont la tendance d'essayer les médicaments les plus variés. Or, il est prouvé

que la pharmacologie est impuissante à guérir cette affection, et ceux-mêmes qui en font une maladie infectieuse dédaignent les remèdes, pour recourir à l'alimentation lacto-farineuse.

Plus je soigne d'entérites muco-membraneuses, plus je comprends que l'influence morale du médecin est la partie essentielle dans le traitement.

Un malade âgé de 38 ans, venant de Constantine, souffrait depuis deux ans d'entérite muco-membraneuse. Il avait pris de nombreux médicaments et suivait un régime sévère. Il avait maigri de 20 kilogrammes et songeait à sa mort prochaine. Je lui prescrivis le repos au lit et la suralimentation. Au bout d'une quinzaine de jours, on constatait peu de progrès et je me demandais s'il n'y avait pas une cause inconnue qui entravait la cure.

Un matin, lors de ma visite, j'aperçus sur la table de nuit du malade la photographie d'une fillette.

« Quelle est cette photographie? » dis-je à mon malade.

« C'est la photographie d'une enfant que j'adorais et que j'ai perdue il y a deux ans », me dit-il, les larmes dans les yeux. « Lorsque j'étais à Constantine, j'allais chaque jour sur la tombe de cette pauvre petite, et depuis j'y pense constamment. Cela me brise le cœur et je ne peux pas manger.

— N'avez-vous pas d'autre enfant ?

— Oui, j'ai encore un garçon de 7 ans que j'aime beaucoup et une femme qui m'est très dévouée.

— Eh bien, Monsieur, pour vous guérir, il faut reprendre courage. Je comprends votre douleur, mais j'estime que les conséquences n'en sont pas justifiées. Vous avez encore une femme et un petit garçon qui vous aiment. C'est pour eux que vous devez vivre maintenant. Si vous voulez m'en croire, vous mettrez la photographie de votre fillette dans votre malle, et vous mettrez sur la table de nuit celle de votre femme et de votre petit garçon. Il faut oublier le passé et songer à l'avenir. C'est là qu'est votre guérison et c'est là qu'est votre devoir. »

Ce malade obéit et quelques jours plus tard, il me disait :

« Comme vous avez raison, Docteur, je me brisais la tête contre l'irréparable lorsque tant de circonstances m'engagent à me guérir pour ma femme et mon garçon. »

Il reprit courage et se mit à manger. Les membranes constatées dans ses selles disparurent complètement. En trois mois il fut parfaitement guéri et retourna dans son pays au milieu des siens.

Il m'a écrit à plusieurs reprises pour me remercier, en me disant que non seulement son entérite muco-mem-

braneuse était guérie, mais qu'il mettait en pratique les préceptes de stoïcisme que je lui avais inculqués.

Une autre de mes malades, actuellement complètement rétablie, a eu l'amabilité de m'envoyer quelques documents intéressants et surtout son histoire de malade écrite par elle-même. J'attache à ces autodescriptions une importance toute spéciale, car elles nous permettent de pénétrer la transformation psychologique des malades et de mieux comprendre le mécanisme de la guérison.

Les douze médecins qui avaient soigné la malade avaient tous établi le même diagnostic :

« Entéro-colite muco-membraneuse. »

Nous sommes donc bien en présence d'un cas typique d'entérite muco-membraneuse qui fut traité par les régimes les plus divers, dont je citerai les principaux à titre de renseignements.

En septembre 1901 dans une ville d'eau renommée pour les affections intestinales, on prescrit le traitement suivant :

Une fois par semaine au moins et 2 à 4 fois au plus prendre une irrigation d'eau bouillie refroidie à 34° et additionnée de 10 grammes de bicarbonate de soude. Prendre l'irrigation très lentement, couchée sur le côté droit et avec une faible pression, 40 centimètres au-dessus du plan du lit.

« Prendre les deux litres en deux fois. »

Ce traitement local fut sans résultat. La malade essaya ensuite divers autres moyens thérapeutiques que je passerai sous silence pour ne pas trop allonger la description.

En novembre 1902, deux célèbres praticiens donnent la consultation suivante :

« Les médecins soussignés conseillent :

« 1. De suivre un régime alimentaire lacto-farineux. Infusions chaudes de tilleul, camomille. Lait, bouillies. Farines d'orge, d'avoine, de maïs. Potages maigres épais très cuits. Œufs. Pâtes d'Italie. Riz à l'eau ou au lait. Poudings. En guise de pain : Breakfast, biscuits, biscottes.

« 2. Prendre un grand bain tous les jours ou tous les 2 jours, de 25 minutes de durée. Entrez dans le bain à 35 ou 36°. En sortir à 37 ou 38° si possible.

« 3. Supprimer les lavages d'intestin.

« 4. Lavements d'huile à garder (de 100 à 200 grammes d'huile d'olives pure). Au besoin petit lavement d'un demi-litre d'eau bouillie, 5 heures après le lavement d'huile s'il y a lieu.

« 5. Prendre chaque jour par périodes de 8 à 10 jours 2 à 6 pilules suivantes :

Extrait de belladonne. } a. a. cinq milligrammes.
Poudre de — }
Pour une pilule n° 20.

« 6. Si l'extrait de belladonne n'est pas supporté, prendre chaque jour 3 à 6 cuillerées à café espacées de la solution suivante :

Codéine pure.	0,20 centigrammes
Eau de laurier-cerises. .	20 grammes.
Eau distillée.	80 —

« Signé :

« Dr X... « Dr Y... »

Ce régime, déjà plus rationnel qu'un simple traitement local, ne donne pas de résultat, et en janvier 1903, la malade recourt à une nouvelle consultation dont voici la conclusion.

« Les médecins soussignés conseillent :

« 1. Régime composé presque exclusivement de lait écrémé, laitages, œufs, potages et bouillies au lait et à la crème d'orge, d'avoine, de blé vert, de riz, maïs, tapioca, purées de pommes, riz, purées de lentilles et de pois, nouillettes.

« Peu de viandes blanches. Remplacer le pain par des breakfast ou des biscottes.

« Gâteau de semoule, de riz au lait, sous forme de crème liquide ou de crème prise.

« Pour boissons : Eau purement minérale. Eau d'Évian. Infusion de tilleul ou de camomille.

« Heures des repas : le matin à 8 heures, midi, 4 heures et 7 heures.

« 2. Repos au lit spécialement pendant les 2 heures qui suivent les repas.

« 3. Appliquer chaque jour pendant plusieurs heures des compresses chaudes sur la région douloureuse.

« 4. Lavages quotidiens avec de l'eau bouillie ou de l'eau de mauve ou de guimauve.

« Lavement d'huile en cas de résultats insuffisants.

« 5. En cas de diarrhée prendre un lavement d'amidon cuit, de consistance sirupeuse additionné de 5 à 6 gouttes de laudanum de Sydenham.

« Signé :

« D[r] X... « D[r] Z... »

La malade suit docilement tous les traitements proposés.

Rien ne peut la guérir. On recourt à la chirurgie et on lui extirpe l'appendice, qui est hélas en bonne santé.

En désespoir de cause on pense que l'ovaire est la source de tous ses maux et on lui fait une ovariotomie.

Pauvre malade, qui porte encore les traces d'interventions chirurgicales intempestives ou du moins inutiles. Elle se désespère et cela se comprend, en face de l'impuissance de la médecine, et c'est alors que je la pris en traitement à l'établissement médical de Mon Repos à Vevey.

Afin de mieux faire comprendre comment elle fut guérie de cet état désespéré, je vais lui laisser la parole en citant textuellement une lettre qu'elle m'a adressée :

« X..., le 2 juillet 1908.

« Cher Docteur,

« Mon mari est enchanté de retrouver une femme vaillante qui n'hésite plus à monter en auto.

« Au nombre de mes meilleurs souvenirs, je place bien volontiers mon séjour à Mon Repos et je suis heureuse d'en revivre tous les détails que je pourrais classer sous ce titre :

« Histoire d'une entéro-colite muco-membraneuse soi-

gnée sans succès pendant 3 ans par 12 médecins célèbres et compétents, et guérie en 4 jours à Mon Repos.

« Sans remonter au déluge, il me faut parler des péripéties qui ont précédé cette cure et qui expliqueront mon enthousiasme.

« Prise de violentes douleurs d'entrailles à la suite d'une grosse émotion, je fus soumise sous prétexte d'entérite aux régimes les plus sévères, soignée à Plombières et à Chatel-Guyon par les bains et les lavages intestinaux en usage dans ces stations thermales, et enfin opérée de l'appendicite, les douleurs s'étant localisées dans le côté droit.

« J'ai su depuis grâce à la franchise du Dr L... que mon appendice avait été conservé comme spécimen d'organe très sain ; rien d'extraordinaire donc à ce que cette opération ne m'ait point soulagée.

« Fatiguée de tant de traitements inutiles, je dis un jour au Dr M... que je deviendrais « enragée » avant peu s'il me fallait rester au lit et manger des nouilles à perpétuité.

« J'entends encore sa réponse accompagnée d'un sourire ironique et démontant :

« Votre cas, Madame, deviendrait très intéressant et « je me chargerais alors de le soumettre à l'Académie « de Médecine. »

« Une violente crise de nerfs fut le seul résultat de cette consultation et j'avais résolu de mettre à la porte médecin et famille, lorsque par suite de circonstances extraordinaires je fus envoyée à Mon Repos.

« Je fis le voyage en Suisse après être restée 3 mois sans quitter ma chambre, ne mangeant plus que quelques bouillies et du riz, et convaincue que le lait augmentait sensiblement mes diarrhées. C'était l'avis du Dr M... et de la sœur qui m'avait soignée ; j'insiste sur cette question du lait afin d'expliquer mon désespoir en apprenant que le traitement de Mon Repos commençait précisément par une cure de lait.

« Je refusai énergiquement la première tasse qui me fut présentée, mais constatant qu'on ne me servait rien d'autre et que je n'avais aucune chance d'attendrir le Dr Zbinden, il me fallait bien choisir entre deux alternatives, ou rentrer chez moi manger des nouilles, ce que je n'aurais fait à aucun prix, ou essayer de boire ce malheureux lait.

« Les trois premiers jours de régime furent désespérants. Je passais mes journées et mes nuits au W.-C., mon mari était rentré à Paris, je faisais des plans pour m'enfuir et gagner l'hôtel le plus proche afin de me soustraire à cet ennuyeux traitement, lorsque le 4e jour la diarrhée cessa complètement bien que je n'eusse pris

que du lait. J'étais enchantée et pour la première fois le Docteur put me faire comprendre que mon rétablissement complet n'était qu'une question de temps, que je devais lui accorder toute ma confiance, rééduquer mon intestin et prendre patience en changeant les représentations mentales qui avaient causé mes malaises.

« La chose devenait facile puisque le résultat obtenu était satisfaisant et j'avais hâte maintenant de prendre tous mes repas, mais ma stupéfaction fut grande lorsqu'on me remit le menu de mon 1^er^ déjeuner pour lequel j'espérais au moins un œuf à la coque. Ce menu que j'ai conservé le voici :

Potage jardinière, navarin de mouton, poulet rôti, glace prâlinée, fraises, gâteaux secs.

« Ce fut un régal de roi, depuis si longtemps je ne vivais plus comme une autre. Pendant une semaine entière je fis des repas très copieux, arrosés de 2 litres de lait et j'eus au bout de ce temps la joie de constater que j'avais augmenté de 2^kgr^,900 ; c'était une vraie satisfaction puisque je pesais seulement 45 kilogrammes en arrivant en Suisse. Je me croyais sauvée, mais hélas ! je n'étais pas au terme de mes tribulations. Le D^r^ Zbinden m'annonce un soir qu'il doit partir le lendemain pour Interlaken et me confie au D^r^ K... Devant mes récriminations il essaie de me calmer, mais les plus beaux rai-

sonnements ne pouvaient me convaincre, j'étais très contrariée et dans la nuit qui suivit cet entretien, je fus reprise de diarrhées qui durèrent 3 semaines sans que rien ne puisse les faire cesser. J'augmentais cependant de poids chaque semaine et je n'étais point trop démoralisée, cette déception ayant eu le grand avantage de me faire comprendre que l'alimentation ne jouait aucun rôle dans l'état actuel de ma santé et, puisqu'il s'agissait d'une question psychique, j'espérais bien arriver à une solution complète, l'occasion se présenta bientôt.

« Mes 6 semaines de lit étant terminées, ma famille qui était aux eaux d'Aix venait me prendre à Vevey pour me conduire à Interlaken où je devais achever ma cure. — Ici, je suis obligée d'entrer dans des détails qui n'ont d'intérêt que pour moi, mais contribuèrent cependant à ma guérison définitive. — La joie de revoir les miens, constituant une émotion, je fus prise en apercevant leur voiture d'un besoin impérieux de me rendre au W.-C. Je me lève en toute hâte, mais au moment de franchir la porte de ma chambre j'entends la voix de mon père dans l'escalier. Que faire ?

« Je trouvais ridicule qu'on vienne me chercher là où j'allais et sans hésitation je me remets vivement au lit, je reçois mes parents, nous causons longuement, un orage terrible dure 3 heures ; bref, je m'aperçois à 8 heures du

soir que je n'avais point satisfait au besoin que je croyais impérieux au début de l'après-midi.

« Puisque la volonté et la distraction suffisaient pour faire passer une diarrhée, je n'avais plus désormais besoin de médecin et dès mon arrivée à Interlaken je me mis à régler mon intestin.

« Ce fut l'affaire de quelques jours seulement et c'est tout heureuse que j'annonçai au Dr Zbinden que j'étais maintenant maîtresse de la situation.

« Depuis 3 ans j'use avec succès du même procédé et si je suis parfois (oh ! très rarement) vaincue c'est que je suis dans un état nerveux qui ne me permet pas la lutte.

« Je crains bien, cher Docteur, d'avoir été trop longue, et je me demande si vous aurez la patience de me lire jusqu'au bout ; tant de détails amusants me viennent encore à l'esprit. Maintes fois j'ai raconté à des malades mes révoltes et mes satisfactions pendant cette cure ; à tous, j'aurais voulu inculquer l'espoir d'une guérison si facile à obtenir avec un peu de patience, de confiance, de volonté et de docilité.

« Veuillez croire, cher Docteur, à l'expression de ma vive reconnaissance.

« Mme B... »

Comment douter maintenant de l'origine nerveuse de l'entérite muco-membraneuse ?

Les cas de ce genre guéris de la même façon sont nombreux, et l'on pourrait multiplier les exemples à l'infini.

Il est préférable, je crois, pour la bonne compréhension du sujet d'en étudier quelques-uns complètement que d'en passer en revue beaucoup d'une façon superficielle.

Ce que nous cherchons à connaître avant tout c'est la pathogénie de cette affection, qui fut longtemps mystérieuse, et pour laquelle on a proposé bien des traitements.

Peu à peu les applications locales et les lavages antiseptiques ont été abandonnés.

Ces dernières années l'alimentation lacto-farineuse recommandée par d'éminents praticiens a été le moyen thérapeutique de choix.

J'ai expliqué à propos du régime Combe, pourquoi on avait obtenu des résultats favorables.

Aujourd'hui encore, je serais disposé à faire la rééducation digestive des malades atteints d'entérite muco-membraneuse en ajoutant à une alimentation variée de la suralimentation lacto-farineuse. Ceci pour stimuler les fonctions mécaniques du système digestif, pour permettre

aux malades d'augmenter de poids plus rapidement, et leur donner ainsi confiance dans leur prochaine guérison.

Mais la condition essentielle dans le traitement de ces malades, ce sera toujours l'influence morale du médecin.

LEÇON XI

Troubles fonctionnels passagers. — Les vomissements nerveux. — Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse guéri par le P[r] Jentzer. — Les diarrhées émotives. — Les renvois. — La flatulence. — Les algies. — Expérience de Bernheim.

Nous ne pouvons pas nous occuper des affections digestives en neuropathologie, sans dire un mot des troubles fonctionnels passagers que l'on peut rencontrer soit au cours de ces affections, soit chez des personnes bien portantes qui ne présentent aucun autre symptôme. Le vomissement nerveux est un accident assez fréquent et facilement guérissable, quand on en comprend la nature.

Avant de poser son diagnostic de vomissement nerveux, il faut avoir soin, comme toujours, d'écarter toutes les causes organiques possibles, telles que la périty phlite, la péritonite, l'obstruction intestinale, etc.

Ce n'est donc qu'après avoir examiné le malade que l'on est en mesure d'affirmer que le vomissement est simplement nerveux.

Une fois cette certitude obtenue, il faut le considérer comme un trouble passager, qui n'a point d'importance et que j'ai toujours comparé à la crise nerveuse des hystériques que l'on supprime en affirmant au malade que cela passera, ou en n'y prêtant pas attention.

Le vomissement frappe l'imagination du malade et de son entourage.

On s'en effraye à tort et souvent on l'entretient en lui faisant trop d'honneur.

Il y a quelques années, j'avais en traitement un vieillard qui était hanté par la crainte de vomir.

« Ne me faites pas trop manger, disait-il, vous verrez que ça me fera vomir. »

Il me répéta cela longtemps sans arriver à la réalisation de son appréciation.

Un jour cependant lors de ma visite il me dit :

« Cette fois, je suis sûr que je vais vomir. »

Il était arrivé à s'autosuggestionner suffisamment pour provoquer un vomissement et il vomit pendant que j'étais auprès de lui.

« Cela ne fait rien, » lui dis-je, « vous mangerez d'autant plus au prochain repas.

— Ah » me dit-il, « vous n'y ajoutez pas plus d'importance. Il faut croire que ce n'est pas grave. »

Il mangea fort bien au repas suivant et n'eut plus la crainte de vomir.

Mon attitude l'avait tranquillisé, et il avait compris que c'était un tort de se préoccuper d'un symptôme de si peu d'importance.

Une autre fois, mon assistant le Dr Jentzer se trouvait auprès d'un de mes malades dyspeptiques, qui vomissait tout depuis deux jours.

« Vous allez voir, docteur, j'ai des nausées et je vais rendre le lait que je viens de prendre.

— Cela ne fait rien », lui dit le Dr Jentzer, tranquillement, en lui tendant la cuvette, « vous pouvez rendre si vous voulez, cela n'a point d'importance. »

Le malade fut tellement interloqué du calme de son docteur, en face de cette situation tragique pour lui, qu'il ne vomit pas son lait et que dans la suite, il n'eût plus le moindre vomissement.

On supprime donc un vomissement, comme l'on supprime une crise nerveuse.

Du reste très souvent le vomissement n'est qu'une forme de la crise nerveuse. Au lieu de crier ou de faire des mouvements désordonnés, l'on vomit et cela va d'autant mieux que l'on en a pris l'habitude.

J'ai eu l'occasion de voir ce phénomène chez une malade que les circonstances m'ont permis d'observer de longs mois.

Mme X..., 30 ans, de Constantinople, est une jeune femme dont on a fait toutes les volontés dès sa plus tendre enfance. A la suite d'un mariage qu'elle a voulu conclure malgré ses parents et qui lui a causé une certaine déception, elle est tombée dans un état de prostration physique et morale. On prend ses troubles fonctionnels pour des réalités et on la soigne successivement pour le cœur, pour l'estomac et pour l'intestin. A plus de dix reprises, en deux ans, on fit chercher le prêtre pour lui donner les derniers sacrements. Quand on me l'amène, il y a plus d'une année qu'elle n'a pas quitté son lit, et elle prétend ne pas pouvoir se tenir sur ses jambes.

Au bout de peu de temps, j'arrive à la faire lever et manger. Finalement, elle est convaincue qu'elle n'a pas de maladie organique et qu'elle n'est pas près de mourir.

Tout va pour le mieux, lorsque je lui annonce que je vais m'absenter pour trois jours, et que je la confie pendant ce temps à mon médecin-adjoint.

Elle est fort contrariée de mon départ et vomit tout ce qu'elle mange pendant trois jours. A mon retour ce phénomène cesse subitement.

Plus tard sa mère et sa sœur, qui l'accompagnent, vont

faire un voyage de quelques jours. Elle est fortement contrariée de cela et vomit de nouveau pendant plusieurs jours. Je ne m'en inquiète pas et je dis à la religieuse qui la soigne: « Si Madame vomit, vous lui donnerez une double portion, au repas suivant. » Aussitôt les vomissements cessent.

Pour la troisième fois, lorsque sa mère et sa sœur repartirent à Constantinople, en la laissant en Suisse pour l'été, elle fut prise d'une crise analogue et se mit à vomir tout ce qu'elle mangeait.

Cette fois je n'hésitai pas à la sermonner sérieusement, en lui disant:

« Madame, vous n'êtes plus un enfant, vous n'allez pas vous mettre à vomir à la moindre contrariété. La vie est semée de contrariétés et il faut savoir les supporter. Vous êtes presque guérie, vous avez fait de grands progrès, mais je ne vous laisserai rentrer dans votre pays que lorsque ces vomissements auront disparu d'une façon définitive. »

Le jour même, elle mangeait de bon appétit et ne vomissait plus.

Les vomissements incoercibles de la grossesse peuvent céder à un traitement analogue, et je me souviens, à ce propos, d'un cas qui me fut raconté par le regretté Pr Alcide Jentzer. En gynécologue éclairé, il avait compris depuis

longtemps le rôle de la rééducation dans les maladies qu'il traitait, et il l'appliqua avec succès à un cas de vomissements incoercibles très graves.

Il fut appelé en consultation à la Chaux-de-Fonds, auprès d'une femme enceinte qui vomissait tout ce qu'elle prenait depuis plusieurs semaines.

Le médecin traitant avait tout essayé en vain et, craignant une issue fatale, il avait fait venir le Pr Jentzer. Ce dernier, qui était un homme d'action, autant que de talent, fit supprimer tous les médicaments. Il conseilla de laisser la malade toute seule dans sa chambre, de fermer les volets et de ne laisser pénétrer personne.

S'adressant à la malade, il lui fit comprendre qu'elle avait besoin de tranquillité et qu'elle ne verrait ni le jour, ni les siens, tant qu'elle continuerait à vomir.

Deux heures plus tard, les vomissements avaient complètement cessé.

Ce rapprochement entre le vomissement nerveux et le vomissement incoercible de la grossesse est intéressant. Il nous prouve que la rééducation peut être utile dans des cas dont les symptômes paraissent avoir une cause réelle, et qu'elle ne s'applique pas exclusivement aux troubles fonctionnels d'origine nerveuse.

C'est dans les maladies fonctionnelles que son champ d'action est le plus vaste, mais elle est applicable aussi

à certains troubles secondaires à des lésions organiques.

Dans ces derniers cas, cependant, il faut agir avec prudence, afin de ne pas aggraver la cause primordiale en voulant supprimer un trouble secondaire.

C'est ainsi que l'on pourra calmer les vomissements d'un malade atteint de cancer d'estomac, en le traitant avec bienveillance et en exerçant sur lui une influence favorable. Il faudra cependant se garder de le faire manger immédiatement après, et de le ramener tambour battant à l'alimentation habituelle comme on peut le faire pour de simples dyspeptiques.

La diarrhée nerveuse est un trouble fonctionnel des plus fréquents.

Nous avons déjà vu que l'émotion pouvait en être la cause. La diarrhée émotive du prédicateur qui va monter en chair, de l'étudiant qui va passer un examen ou de l'artiste qui paraît en public pour la première fois, est assez connue pour qu'il n'y ait pas besoin d'y insister. C'est un trouble fonctionnel analogue à la tachycardie, à la pâleur, ou à la rougeur qui peuvent survenir dans des occasions analogues.

La rééducation et surtout l'habitude de ces circonstances le font généralement disparaître.

Il est un autre genre de diarrhée nerveuse, plus inté-

ressant parce qu'il concerne de plus près le praticien, que j'ai vu durer 2, 3 et même 4 semaines : c'est la diarrhée nerveuse que certains malades provoquent par autosuggestion. Prenons un exemple : M. B..., 40 ans, arrive d'Espagne pour se guérir d'une atonie stomacale dont il souffre depuis 15 ans. Pendant tout ce temps, il fut soumis à un régime sévère, on lui avait surtout recommandé de ne point prendre de lait. En lui fixant son traitement, je ne crus pas devoir faire une exception pour lui et je commençai la rééducation stomacale par la diète lactée initiale. Le malade fit triste mine en entendant cette prescription. — « Je ne supporterai pas le lait, ça va me donner la diarrhée », me dit-il. — « Qu'importe », répliquai-je, « les symptômes secondaires me sont indifférents, mon but est de rééduquer votre estomac et de fortifier votre état général. »

A partir du lendemain, notre malade fut pris de diarrhées fréquentes. Je le tranquillisai à ce sujet, mais elles durèrent cependant près de quinze jours. La première semaine de diète lactée le malade gagna 300 grammes et, la semaine suivante, en ayant une alimentation variée, il augmenta de $1^{kgr},500$. Il eut une grande joie en constatant ce résultat, et ses diarrhées s'arrêtèrent pour ne plus reparaître pendant la fin de son traitement.

A ce propos, je tiens à relever le fait que des diarrhées

nerveuses, même prolongées, n'ont aucune influence sur l'état général, à condition que le malade continue à s'alimenter normalement. Il faut se garder de prendre peur et de supprimer ou de diminuer l'alimentation : ce serait le moyen de créer un état chronique, et de transformer une diarrhée nerveuse en entérite muco-membraneuse.

Il va sans dire que nous ne tenons compte ici que des diarrhées fonctionnelles des adultes, et que nous ne prétendons pas généraliser notre point de vue en ce qui concerne les diarrhées chez les enfants ou les nourrissons.

Il appartient au médecin s'occupant de pédiatrie de trancher cette question ; je ne serais cependant point étonné si bien des cas de diarrhée infantile avaient aussi une origine nerveuse.

La diarrhée nerveuse peut aussi être provoquée par hétérosuggestion, et pour le démontrer je citerai un cas que j'ai traité autrefois.

Un brave homme souffrant de neurasthénie vint me consulter. Il avait vu plusieurs confrères qui lui avaient prescrit de nombreux remèdes, et qui tous s'étaient découragés et l'avaient déclaré incurable. Le malade était très amaigri et en face de l'insuccès de mes prédécesseurs, je doutais fort de pouvoir lui faire du bien. Je renonçai cependant d'emblée à l'emploi de médicaments, et je m'intéressai à ce malheureux comme à un semblable digne de

compassion et de sympathie. Il semblait sensible à mes encouragements. Un jour j'allai même jusqu'à lui conseiller de prendre 1 litre de lait entre les repas. Deux semaines plus tard, il avait augmenté de 3 kilogrammes et se trouvait beaucoup mieux. Il parlait de son amélioration à ses amis et connaissances. Peu à peu la nouvelle de sa guérison fut colportée, et l'on s'étonnait de l'exploit du médecin qui venait de s'établir dans la contrée. Hélas, personnellement je n'avais guère à m'en réjouir, car ce cas fut la cause de ma première désillusion dans la carrière médicale. Un confrère, qui l'avait soigné avant moi, vint trouver le malade chez lui et lui dit: « Ne continuez pas à prendre le lait que le Dr Zbinden vous prescrit, c'est très mauvais pour vous, cela va vous empoisonner et vous donner de la diarrhée ». Le lendemain il but encore son lait, mais le surlendemain, il était pris de diarrhée.

Mon confrère avait dit vrai, mais il avait dit vrai grâce à la suggestion qu'il avait exercée sur le malade. Ce dernier, en proie à un profond désappointement, vint me trouver en me racontant franchement ce qui s'était passé. Je n'eus pas de peine à le tranquilliser, la diarrhée cessa au bout de deux jours, et il continua à prendre son lait.

Après quelques semaines, il était guéri et capable de travailler. Nous avions eu affaire, à un moment donné, à une diarrhée nerveuse provoquée par hétérosuggestion.

Bernheim, de Nancy, a longuement insisté sur l'influence de la suggestion en médecine, et dans la vie sociale. Son œuvre ne saurait laisser indifférents les praticiens, car elle éclaire la médecine d'un jour nouveau, et permet de comprendre la pathologie de nombreuses affections.

Il est surtout utile de connaître l'influence de la suggestion dans le monde, afin de dépister certaines suggestions à rebours, qui entretiennent ou provoquent des états maladifs.

Parmi les troubles fonctionnels de la digestion, on peut citer la sensation de pesanteur dans la région épigastrique. Que de fois les malades nous disent : « Je ne peux pas manger, j'ai un poids sur l'estomac. »

Cette sensation est purement nerveuse et ne correspond nullement à une modification anatomo-pathologique. On la rencontre surtout chez les malades déprimés, et souvent il suffit d'une visite agréable ou d'une bonne nouvelle pour la faire disparaître instantanément.

M. de S..., 35 ans, officier de cavalerie, vient me voir à la consultation. C'est un sensible et un émotif. Il ne peut supporter les coups d'épingles de la vie, et son système digestif semble être le baromètre de sa vie émotive.

« Tout se porte sur l'estomac, chez moi », me dit-il.

Il vient de perdre 800 grammes en une semaine, parce que sa femme était de mauvaise humeur, et de plus il a

cette sensation de pesanteur dans la région épigastrique, qui le fait presque étouffer.

« Ne croyez-vous pas, Docteur que j'ai quelque chose dans l'estomac qui va me faire étouffer, je ne peux plus supporter ce poids qui m'accable. »

Je lui explique qu'il n'a aucune raison d'étouffer, que son système respiratoire est en parfait état, et que ce qui le fait souffrir n'est qu'une sensation nerveuse qu'il entretient en y fixant son attention.

« Pensez-vous, » me dit-il, « que je puisse reprendre mes fonctions dans l'armée ?

— Mais certainement, » lui dis-je, « vous n'avez rien qui puisse vous en empêcher. Votre système digestif fonctionnera d'autant mieux que vous vous en inquiéterez moins. »

L'espoir que je lui donnai le fit rayonner de joie, car il devait monter en grade en rentrant au service.

Il me quitta content, et le poids sur l'estomac qui l'oppressait disparut instantanément.

Nous avons là de nouveau une des multiples réactions du moral sur le physique. Les malades localisent les sensations sur le système digestif, mais la cause primaire est psychique, et il suffit de la supprimer pour faire cesser le trouble fonctionnel secondaire. C'est ce que je me suis efforcé de démontrer dans ma « Conception psychologique du nervosisme ».

Nous avons vu que ces réactions psycho-physiologiques ne survenaient pas seulement pour le système digestif, mais que toutes les fonctions de l'organisme pouvaient en être le siège.

On peut classer dans le même ordre de phénomènes les renvois et la flatulence.

Il n'est pas rare de voir des malades être pris d'une série de renvois souvent assez bruyants, lors de la visite du médecin. Ils semblent vouloir en faire la démonstration et dire : « Vous voyez que j'ai des renvois et que mon affection est plus sérieuse que vous ne le pensez. »

Une jeune dame de ma connaissance avait fréquemment cette réaction. Lorsqu'elle était seule avec son mari et que celui-ci n'était pas de son avis, elle était prise de régurgitations qui duraient souvent plusieurs heures.

« C'est extraordinaire », disait-elle, « je dois avoir l'estomac malade, sans cela, je n'aurais pas de pareils renvois. »

Si elle était en société ou si seulement une personne étrangère était présente, cette réaction ne se produisait jamais. Elle subissait à ce moment ce que le Dr Toulouse a appelé le contrôle du monde extérieur, et pouvait alors se maîtriser, tandis qu'elle ne pouvait pas le faire à l'égard de son mari vis-à-vis duquel elle ne se gênait pas.

La flatulence est une réaction analogue, elle apparaît souvent instantanément et disparaît de même, sans que l'on puisse en trouver la cause.

Elle préoccupe parfois les malades d'une façon exagérée et avec un peu de bonne volonté, on pourrait presque en faire une affection spéciale au même titre que la constipation habituelle, ou que l'entérite muco-membraneuse.

Il vaut mieux se garder de lui consacrer un chapitre spécial, de crainte que beaucoup de malades ne se découvrent cette affection, et ne se soumettent de nouveau à des régimes pour la faire disparaître.

J'ai observé un cas, chez lequel la flatulence jouait un tel rôle que le pauvre malade était devenu un « obsédé de la flatulence » comme d'autres sont des « obsédés de l'insomnie ». ou des « obsédés de la constipation habituelle. »

A chaque visite il me répétait : « Docteur, est-ce que je me guérirai de ma flatulence ? »

« Votre flatulence ne m'inquiète point. Mangez bien, ne vous tourmentez pas et surtout ne l'entretenez pas en vous en inquiétant. »

Au bout de trois semaines. il l'avait oubliée et l'on n'en parlait plus.

Les troubles fonctionnels que nous venons de citer

peuvent se rencontrer dans les affections digestives les plus diverses. Ils n'ont pas d'importance pour le diagnostic, car il n'éclaire pas la pathogénie de ces affections.

Ce sont des symptômes qu'il faut faire disparaître, non pas parce qu'ils sont graves, mais parce qu'ils préoccupent trop le malade en fixant son attention sur son système digestif.

Leur traitement forme cependant la partie accessoire de la cure, et nous avons vu qu'ils disparaissaient le plus souvent lorsqu'on les traitait en quantité négligeable.

On peut dire de ces troubles que ce sont des visites désagréables, qui ne reviennent plus lorsqu'on les reçoit froidement.

Cette façon de considérer les choses a une grande importance au point de vue thérapeutique, car elle vous préserve de la coutume qui consiste à soigner des symptômes sans s'occuper du malade, ou en n'envisageant pas suffisamment le but à atteindre. Si par exemple un dyspeptique vomit, et qu'à cause de cela vous le mettiez à un régime restreint, vous l'affaiblissez et vous retardez sa guérison. Par contre, en lui donnant confiance et en le faisant manger, vous le fortifiez et vous le guérissez.

Il en est de même pour la sensation de pesanteur sur l'estomac. Si vous prenez cette sensation pour un symptôme de mauvaise digestion, vous risquez fort de vous

laisser induire en erreur en ce qui concerne le traitement de votre malade.

Le praticien ne saurait donc ignorer comment il faut considérer ces symptômes en pathologie digestive fonctionnelle. Il devra se familiariser avec la psychophysiologie qui donne la solution de tant de problèmes, qui restaient insolubles à l'aide de médicaments. Ce n'est qu'en considérant ainsi les symptômes à traiter qu'il pourra donner des conseils efficaces.

Un autre trouble fonctionnel assez fréquent dans les affections digestives, c'est l'algie ou le point douloureux d'origine nerveuse. Nous avons vu que la douleur pouvait être localisée dans la région iliaque droite, et faire penser à une appendicite. Parfois, elle correspond à la région ovarique, à droite ou à gauche. Elle risque d'induire en erreur le praticien qui ne comprend pas la nature fonctionnelle de ces algies. C'est ainsi qu'une de mes malades, qui avait subi une ovariotomie double, est prise subitement de douleurs dans la région ovarique droite. Elle fait appeler un médecin qui ignorait l'opération qu'elle avait eue. Le confrère l'examine, procède à la palpation et à la percussion, et lui dit :

« Madame, vous avez une inflammation de l'ovaire droit.

— Comment », s'écrie la malade, « on m'a extirpé les deux ovaires.

— Alors, Madame », dit le praticien, « vous devez avoir un rein flottant. » La malade fut satisfaite de cette explication, porta une sangle et prit toutes sortes de précautions pour ménager son rein flottant.

Peu de temps après, j'eus l'occasion de l'examiner. Le rein flottant était fixé, mais le point douloureux n'avait pas disparu. Elle n'en fut guérie que lorsqu'elle fut persuadée que la douleur n'était que fonctionnelle, et qu'elle n'y fit plus attention.

Bernheim a démontré d'une façon magistrale l'origine nerveuse de toutes les douleurs localisées à la surface de l'abdomen. Il est arrivé, par suggestion, à les provoquer et à les faire disparaître.

Dans une démonstration clinique qu'il eut la bonté de me faire lors d'un séjour à Nancy, il dit à la malade souffrant d'un point ovarique du côté droit : « Madame, je vais supprimer la douleur que vous avez du côté droit. » Aussitôt, la douleur disparut et l'on pouvait presser sur cette partie du corps sans que la malade souffrît. Il lui dit ensuite : « Je vais la transporter dans la région de l'estomac. » Immédiatement la région épigastrique devint douloureuse.

Ces expériences, qui frappent l'imagination et qui ne sont pas à recommander, parce qu'elles augmentent la suggestibilité des malades, sont utiles cependant pour dé-

montrer l'origine fonctionnelle de tous ces points douloureux auxquels l'on a parfois donné trop d'importance.

Nous voyons donc qu'un vomissement, qu'une diarrhée, qu'une sensation de pesanteur, qu'un point douloureux ou que d'autres troubles fonctionnels ne suffisent pas à faire un diagnostic.

Il faut voir de plus haut pour juger sainement, et seule l'étude de la pathogénie de ces diverses affections permettra d'en découvrir la cause et le remède.

LEÇON XII

Puissante influence de la vie psychique sur les fonctions digestives. — Efficacité du traitement moral. — Comment beaucoup de praticiens en ont usé sans s'en rendre compte. — Le Docteur Roux, de Lausanne, et son traitement psychothérapique. — Comment il faut considérer la pathologie des affections digestives pour arriver a une thérapeutique efficace. — Conclusion.

En essayant de rechercher la cause des affections que nous venons d'étudier, nous avons été amenés à reconnaître l'influence prédominante de la vie psychique sur les fonctions digestives.

Nous avons vu qu'une représentation mentale pouvait troubler les fonctions de l'estomac, qu'une émotion pouvait provoquer des diarrhées, et qu'une contrariété pouvait être la cause d'un vomissement.

Aujourd'hui que la psychologie a fait ses preuves ces réactions diverses n'étonnent plus personne.

On les admet, on les comprend même. Et cependant souvent en médecine, on ne les reconnaît plus, on ne peut pas voir les choses telles qu'elles sont, on élabore des théories au lieu de se borner à constater les faits.

Il est difficile d'admettre une simple diarrhée nerveuse et l'on préfère lui donner le nom d'entérite. Or, dès que l'on a établi ce diagnostic, on n'a plus le droit de négliger l'affection, il faut recourir aux traitements classiques. Il en est de même pour la dyspepsie nerveuse ; on n'ose pas assez encourager le malade, on le rend plus craintif et son état ne s'améliore pas.

Nous avons essayé d'exposer aussi clairement que possible le résultat de nos expériences en pathologie digestive, et nous espérons avoir jeté un peu de lumière sur ce chapitre si intéressant de la médecine.

Depuis l'interprétation du suc psychique de Pawlow, jusqu'à celle de l'algie nerveuse de Bernheim, nous avons pu constater l'influence de la vie psychique sur les fonctions de notre organisme. Depuis le laboratoire du physiologiste, jusque dans la salle d'hôpital du clinicien, on reconnaît cette influence.

Elle est si vraie, que de tout temps des thérapeutes en

ont usé pour le bien de leurs malades, et que la psychothérapie est vieille comme le monde.

La médecine, plus que toute autre science, donne l'exemple de ces revirements qui semblent des faits nouveaux, et qui ne sont souvent que d'anciennes vérités trop vite oubliées.

Le traitement moral est à l'ordre du jour. Beaucoup de médecins veulent faire de la psychothérapie, et certes ils ont raison ; mais ceux qui ont généralement fait le plus de bien sont ceux qui ont fait du traitement moral sans le vouloir, et parfois sans le savoir.

Ils sont légion les médecins des siècles passés qui ont été des psychothérapeutes merveilleux, et qui ont exercé une influence prodigieuse sur leurs malades.

Pour n'en citer qu'un, je nommerai le médecin genevois du XVIII^e^ siècle que l'on a appelé le grand Tronchin, et que l'on venait consulter de toute l'Europe.

Établi d'abord à Amsterdam, il guérit de nombreux malades, grâce à l'influence morale qu'il exerce sur eux. Sa réputation est telle au bout de peu de temps que ses confrères s'en émeuvent et lui rendent la vie impossible. Tronchin, quelque peu découragé et désillusionné de la confraternité médicale, quitte la Hollande et vient s'établir à Genève, sa ville natale.

Quelques mois plus tard, il était le praticien le plus

connu de l'Europe. De tous côtés on arrivait en diligence pour le consulter et suivre ses conseils.

Il devient le médecin de Voltaire. Le premier, il constate la mentalité maladive de Rousseau. Il ne prescrit pas de remèdes, mais recommande l'hygiène et les exercices physiques. Il considère ses malades comme une grande famille et entretient une énorme correspondance.

Dans toutes ses lettres, il encourage ses malades, il les réconforte moralement. En un mot c'est un psychothérapeute accompli.

En parcourant les détails de cette vie si remplie, j'ai compris plus que jamais l'importance de l'influence morale dans la vie d'un médecin.

J'ai comparé, par la suite, le grand médecin genevois du XVIII^e^ siècle, aux personnalités médicales de notre époque, et j'ai constaté que toutes nos autorités en médecine avaient les qualités de Tronchin. Qu'il s'agisse d'un chirurgien, d'un oculiste ou d'un médecin interne, son prestige réside surtout dans l'influence qu'il exerce sur ses malades.

Il va sans dire qu'il faut que ce prestige soit justifié par une culture scientifique approfondie, mais dans chaque médecin, il y a, à côté du savant, l'homme et je ne serais point étonné si l'homme guérissait aussi souvent que le savant.

Et s'il m'était permis sans blesser personne de citer l'exemple d'un homme que chacun aime et vénère, je citerais le Dr Roux, le distingué chirurgien de l'Université de Lausanne.

Sa réputation comme spécialiste n'est plus à faire, mais il est un point de son œuvre médicale que beaucoup ont constaté, mais qui n'a pas encore été suffisamment relevé : c'est son influence psychothérapique sur les malades. Son regard, sa façon de parler, sa sincérité, tout en lui contribue à la confirmer ; et lorsqu'il dit à un malade qui se plaint de douleurs après une opération de périty phlite : « Ne vous en inquiétez pas, allez à cheval, faites du canotage, fumez des cigarettes », les douleurs ont vite fait de disparaître.

C'est le Dr Roux, chirurgien, qui extirpe l'appendice, mais c'est le Dr Roux, psychothérapeute, qui fait disparaître les troubles fonctionnels.

Parmi nos contemporains, j'ai déjà nommé le Dr Combe, qui exerce aussi sur ses malades une influence prépondérante. On pourrait encore citer bien d'autres noms à l'appui de notre manière de voir.

Qu'il me soit permis de mentionner encore, mon cher et vénéré maître le Pr Paul Dubois, de l'Université de Berne. Il fut le champion de la psychothérapie et il eut le grand mérite d'en démontrer l'efficacité, en abandonnant tous les traitements accessoires.

Dubois était né psychothérapeute, ses qualités de cœur et d'esprit lui permirent de faire des cures remarquables bien avant que l'on ait parlé de psychothérapie.

Sa bonté inépuisable, son indulgence et sa clairvoyance, le guidaient suffisamment pour qu'il pût guérir, sans songer à avoir sur ses malades une influence spéciale, et avant de connaître en lui le psychothérapeute, le monde scientifique connut le clinicien sérieux et clairvoyant.

Modeste, comme tout vrai savant, il douta longtemps de l'action psychothérapique qu'il avait sur les malades.

Il fut même un savant distingué en électrothérapie.

Ce fut pour lui d'autant plus méritoire de savoir renoncer à toute cette médecine de galerie, pour recourir au traitement moral pur et simple, tel qu'il l'a exposé avec tant de justesse dans son livre sur les Psychonévroses[1]. Il avait eu le courage d'affirmer l'efficacité exclusive de la psychothérapie dans les maladies fonctionnelles. Cette révélation était sensationnelle, car elle devait ouvrir à la médecine une voie toute nouvelle. On ne fit plus de la psychothérapie sans le savoir, comme l'avaient fait tant de célèbres praticiens, mais en connaissance de cause et dans un but déterminé.

On remarqua ensuite que les affections digestives fonc-

1. Dubois. *Les Psychonévroses et leur traitement moral*, 1904. Paris, Masson, éditeur.

tionnelles étaient particulièrement justifiables de ce traitement psychique. On obtint des résultats favorables dans des cas où toutes les autres médications avaient échoué, et c'est ainsi que peu à peu, on fut amené à la conception que nous avons exposée à propos de la pathogénie des maladies digestives fonctionnelles.

Pour guérir des symptômes, on est remonté à leur cause première, et le plus souvent on a constaté que cette cause était nerveuse ou psychique ; de même que certains auteurs, Freud entre autres, l'ont démontré pour l'hystérie.

Nous avons retrouvé dans beaucoup d'affections digestives, une cause première dépendant de la vie psychique.

Cette idée première peut parfois être en rapport avec la vie sexuelle de l'individu, c'est le cas lorsque les troubles fonctionnels proviennent de contrariétés sentimentales, d'un amour déçu par exemple. Il faut se garder cependant de donner à la vie sexuelle l'importance que Freud lui a donnée à propos de l'hystérie. Elle ne forme qu'un domaine restreint de la vie affective, et c'est certainement une erreur que de lui donner la place d'honneur.

Certes, dans notre vie surexcitée actuelle, les influences passionnelles sont déchaînées à l'excès. Elles ébranlent les systèmes nerveux et provoquent des troubles digestifs secondaires.

Il est difficile pour le praticien de dépister la cause déterminante de tous les malaises qu'il rencontre chez ses malades. On n'aime pas à ouvrir son cœur au médecin, et ce dernier a la tendance de prendre pour une maladie un trouble fonctionnel qui n'a qu'une cause morale.

Nous avons assez insisté sur ce point, mais nous ne saurions assez y insister, car il forme la pierre d'angle de notre conception pathogénique.

Et maintenant que nous touchons à la fin de notre exposé, je voudrais donner à ceux que cette question intéresse un signal de ralliement, ou une ligne de conduite, qui leur permettra d'échapper au piège de la thérapeutique médicamenteuse moderne, et de guérir des malades atteints d'affections digestives fonctionnelles, qui peut-être cherchent depuis longtemps en vain une guérison facile à obtenir.

En résumé toute la thérapeutique des affections que nous avons passé en revue repose sur les deux grands principes suivants :

1. La rééducation du système digestif.

2. L'influence de la vie psychique sur les fonctions digestives.

Qu'il s'agisse d'une dyspepsie nerveuse, d'une atonie stomacale, d'une constipation habituelle ou d'une entérite

muco-membraneuse, ces deux principes restent toujours vrais, et le médecin qui s'y conformera sera sûr de ne point faire fausse route.

On s'étonnera peut-être que le traitement de ces diverses affections ait une certaine analogie. Le médecin qui s'en occupe spécialement n'en sera point surpris.

Il sait combien la nomenclature est artificielle, et combien il est difficile de classer une affection dans un cadre étroit.

La dyspepsie nerveuse est souvent accompagnée de constipation habituelle, et il n'est point rare de trouver de l'atonie stomacale chez des malades souffrant d'entérite muco-membraneuse.

Dans tous les cas, on fait disparaître les symptômes en améliorant l'état général du malade. Il ne faut pas se laisser éblouir par un symptôme secondaire, même si on lui a donné le nom de dilatation stomacale ou d'entérite muco-membraneuse. Le traitement local perd le malade, tandis que le traitement général le sauve. Combe l'a compris dans son traitement de l'entérite, il ne fait pas de lavages antiseptiques de l'intestin, comme cela semblerait logique en face d'une maladie infectieuse ; au lieu de cela, il alimente ses malades, il recourt aux farineux qui stimulent les fonctions du système digestif, et avant d'arriver à l'intestin, siège de l'entérite, le bol alimentaire

a déjà une bonne influence sur la dyspepsie ou l'atonie stomacale, souvent concomitantes.

De sorte que ce traitement, qui semble destiné à guérir l'entérite muco-membraneuse, est un traitement général qui améliore tout le système digestif et qui est parfaitement rationnel, à condition qu'on ne lui attribue pas une action antiseptique. Au point de vue thérapeutique, le but est atteint. Il s'agit avant tout de guérir des malades et peu nous importe, au fond, si l'alimentation lacto-farineuse a une influence antiseptique ou mécanique sur le tube digestif. Si cette première solution était la vraie, il me semble qu'il serait plus simple de recourir aux nombreux antiseptiques de la thérapeutique ; or l'expérience a démontré que le traitement médicamenteux reste inefficace. On ne peut pas guérir ces malades sans les alimenter, et même les suralimenter. L'alimentation graduelle nécessite des mois ou des années pour atteindre le but, tandis que la suralimentation nous permet d'y arriver en quelques semaines. Par ce dernier moyen, le malade augmente plus vite de poids, cela l'encourage, il reprend confiance et tout cela hâte la guérison. Et puis, ce qui est bien important, il perd l'idée d'un régime, il ne se figure plus que tel ou tel aliment peut lui être nuisible ; et il ne risque pas de retomber dans son état initial à la suite d'un repas où on lui a servi quelque met inaccoutumé.

C'est pour cela que nous ne voulons pas donner le nom de régime à l'alimentation que nous faisons prendre à nos malades. Elle est simple, elle est abondante et variée, mais ce n'est pas un régime, car elle n'exclut aucun aliment.

Un système digestif bien élevé doit savoir tout supporter, il ne lui est plus permis d'avoir des caprices. C'est le seul moyen d'obtenir une guérison complète et c'est un résultat qu'il n'est point difficile à obtenir.

A côté de la rééducation des voies digestives, nous avons vu le rôle important que jouent les causes morales.

Ce sont de puissants éléments qui risquent de venir troubler une rééducation digestive. Du reste tout notre organisme n'est-il pas dépendant de notre système nerveux et par ce dernier de notre vie psychique.

Nous avons essayé d'expliquer cette influence de la vie psychique sur les fonctions digestives, et nous espérons que les faits que nous avons cités suffisent à la démontrer.

Nous savons qu'une émotion peut provoquer de la diarrhée ou des vomissements, qu'une idée auto-suggestive peut provoquer une douleur localisée ou d'autres troubles fonctionnels, que la constipation chronique peut être entretenue par l'obsession correspondante.

Ces constatations ne peuvent échapper à l'observation de tout médecin clairvoyant, elles ont une importance que l'on ne saurait assez relever, car elles peuvent être la cause d'états fonctionnels entraînant souvent l'amaigrissement et l'affaiblissement du malade.

Le malheureux, qui n'est pas délivré de la cause de son mal, va s'affaiblissant constamment et risque d'en arriver à une issue fatale.

On ne doit pas mourir d'une affection digestive fonctionnelle, et c'est pour cela que j'ai protesté avec ma conscience d'homme et de médecin contre les régimes débilitants qui mènent les malades à la tuberculose ou à la mort.

Nous ne voulons pas ressembler aux médecins du temps de Molière, et si nous ne pouvons pas toujours guérir, nous voulons au moins avoir la satisfaction de ne jamais faire de mal.

Or, il faut le reconnaître, on s'est trop souvent trompé dans le traitement des maladies digestives fonctionnelles. Les victimes des régimes débilitants sont innombrables, elles traînent une vie misérable dans les villes d'eau ou les stations climatériques, et il n'est pas encore fréquent qu'elles rencontrent un médecin pour les ramener dans la bonne voie. Il est si difficile de s'affranchir de la médecine traditionnelle. Les jeunes médecins imbus des recherches de la clinique moderne se perdent dans les

détails, et les vieux praticiens ont de la peine à s'affranchir de certains préjugés. Ce sont les confrères que nous avons soignés et guéris, qui les premiers ont compris l'efficacité de notre traitement, et l'un deux me disait : « Vous êtes dans le vrai, et je reconnais que vous avez pénétré dans un vaste champ de la médecine, que l'on n'a pas encore assez exploré. »

Et c'est pour cela que j'ai tenu à présenter à mes confrères et aux malades ces leçons, que j'avais jusqu'à présent réservées au groupe restreint de mes élèves. C'est une semence de plus jetée dans le vaste terrain qu'a défriché mon vénéré maître le P^r^ Dubois ; c'est une modeste pierre apportée à l'édifice pour la construction duquel nous faisons appel à la collaboration de tous les confrères de bonne volonté.

Les théories médicales évoluent, elles passent parfois ou tombent dans l'oubli. Souvent elles sont combattues, et l'on attaque parfois les hommes en même temps que leurs idées. Cela n'empêche pas que la vérité va de l'avant, que l'humanité progresse, qu'elle s'affranchit de l'erreur et qu'en faisant la conquête du vrai, elle se rapproche de tout ce qui est beau et juste.

Mon admiration est grande pour tous les hommes qui ont travaillé et ils ont droit à notre respect, même s'ils se sont parfois trompés.

« Errare humanum est », et il faudrait faire preuve de beaucoup de présomption pour prétendre ne jamais s'être trompé.

Ces considérations sont nécessaires afin de démontrer dans quel esprit j'ai osé critiquer la thérapeutique habituelle des maladies digestives fonctionnelles.

Mon seul but a été de travailler au bien de nos malades, en m'appuyant sur des expériences faites depuis nombre d'années.

Souvent j'ai été saisi de pitié pour les pauvres malades qui, pour venir me voir, faisaient des journées de voyage, dans un état de faiblesse vraiment navrant.

Ils n'avaient plus que la peau et les os, leur odyssée était presque un drame. Ils avaient vu une multitude de médecins, et chacun avait prescrit un nouveau régime.

« Ne mangez que ce que vous pourrez supporter, » leur avait-on dit, et comme ils ne pouvaient presque rien supporter, ils se nourrissaient à peine, perdaient leurs forces et ne pouvaient plus travailler. Ils ne couraient pas seulement à la ruine de leur santé, mais à la misère matérielle, et j'en ai vu parfois pleurer, en se demandant ce qu'ils allaient devenir. Et la cause de tous ces malheurs, c'était le régime que l'on prescrivait au nom de la médecine, au nom de la science qui doit rendre la santé.

Il est temps d'ouvrir les yeux et de remonter le courant.

On ne peut le faire qu'en connaissance de cause, et c'est pour cela que j'ai tenu à exposer des faits destinés à éclairer cette question dont l'importance pratique ne saurait être contestée.

Peu à peu les médecins de notre génération contrôleront ces expériences, ils les apprécieront et seront forcés de modifier la conception traditionnelle de la nécessité du régime dans ces affections.

Certes, ce revirement ne peut pas se faire en un jour, c'est un travail de longue haleine, mais il se fera. On comprendra mieux la pathogénie de ces maladies fonctionnelles, et l'application des principes exposés en découlera forcément.

Quelques médecins ont déjà compris et ont commencé à faire bénéficier leurs malades de ce mode de traitement. D'autres les suivront et la conséquence certaine en sera la diminution des troubles digestifs fonctionnels.

Il y a peu de temps une dame américaine me faisait appeler dans un hôtel pour une consultation. Elle se plaignait d'une douleur intense dans la région épigastrique. Cette douleur qui se transportait parfois dans l'ovaire gauche la tourmentait beaucoup, lui causait des idées noires et la faisait pleurer.

« Docteur », me dit-elle, « vous allez me prescrire un régime.

— Attendez, Madame », lui répondis-je, « je vais d'abord vous examiner. »

L'examen ne permit pas de constater quelque chose d'organique. La douleur dans la région épigastrique était intense, je n'osais pas même appliquer la main sur la partie douloureuse.

Tout en examinant la malade, je me souvins de l'expérience que m'avait démontrée Bernheim, et tout à coup je pressais sur la région ovarique gauche en disant : « C'est là, Madame, qu'est votre douleur, elle n'est plus dans la région épigastrique. » Je pus en effet immédiatement presser sur la région de l'estomac qui n'était plus douloureuse.

« Vous voyez donc, Madame, que vous n'avez rien à l'estomac et que vous n'avez pas besoin de régime. Vous souffrez d'une algie d'origine nerveuse, qui va disparaître aussi de la région ovarique gauche. L'examen terminé, elle n'avait plus de douleurs et j'avais échappé au piège du régime.

J'expliquai ensuite à la malade la nature autosuggestive de son affection, je l'engageai à en détourner son attention et à ne plus s'en inquiéter.

Elle accepta ma manière de voir et me remercia de l'avoir éclairée sur son mal qu'elle croyait provenir de l'estomac. Ce fait tend de nouveau à démontrer combien

le traitement moral peut être plus efficace que le régime.

Et maintenant j'aborde la fin de mon sujet. Je me suis efforcé de le traiter avec impartialité, ou en tout cas, avec sincérité.

C'est au nom de notre chère science médicale que j'ai parlé, et au nom surtout de tous les pauvres malades que j'ai soignés, et qui avaient été les victimes innocentes d'une conception médicale erronée.

Le régime, dans le traitement des affections qui nous ont occupés, a fait beaucoup de mal, il a fait trop de mal pour que nous puissions nous y résigner en silence.

Les malades réclament de nous la guérison et c'est notre devoir de la leur donner dans la mesure de nos forces. La médecine est souvent impuissante et le scepticisme avec lequel on la regarde est parfois justifié ; mais il ne l'est pas en ce qui concerne les affections digestives fonctionnelles, qui toutes sont justifiables d'un traitement approprié.

Affranchissons-nous pour cela de la médecine de tradition, devenons des médecins qui pensent et réfléchissent. Observons nos malades et étudions-les.

Le praticien se forme mieux en observant ses cas, qu'en relisant ses manuels d'étudiant. En se bornant à prescrire les remèdes recommandés dans les livres de

thérapeutique, il finira forcément par devenir sceptique et par se décourager.

Ce n'est qu'en voyant de plus haut qu'il pourra se passionner pour notre art qui est admirable, puisqu'il permet de faire du bien.

Or pour voir de plus haut, il faut pratiquer la médecine autant avec le cœur qu'avec l'intelligence. Il faut aimer ses malades et panser les plaies de leur âme comme celles de leur corps.

On a souvent prétendu que les médecins étaient des matérialistes, parce qu'ils avaient peine à se figurer l'âme sans substratum anatomique.

Ils ne sont point matérialistes, et ils tiennent compte des lois de la psychophysiologie. L'âme pour eux, c'est la vie psychique de leurs malades, c'est leur cœur, c'est leur mentalité. Peu importe la définition d'un mot abstrait, quand il s'agit de soulager et de guérir.

Leur Dieu à eux, c'est la Charité, et c'est pour cela qu'ils préfèrent la pratique du bien aux spéculations théologiques.

Oui, la médecine ainsi comprise sera toujours bienfaisante. Elle ne causera jamais de désillusion à ceux qui lui consacrent leur vie.

C'est aux jeunes confrères surtout, que j'aimerais faire entendre ces paroles d'encouragement.

Aimez la médecine, leur dirais-je, aimez-la parce qu'elle est efficace et qu'elle vous donnera ce qu'un homme peut avoir de plus précieux dans ce monde : le sentiment d'avoir fait du bien ; mais cela à une condition, c'est de ne pas oublier que vos malades pensent, qu'ils ont une âme et un cœur, et que l'influence de l'esprit sur le corps est peut-être la vérité la plus éclatante de toute la médecine.

TABLE DES MATIÉRES

Pages.

Préface du Dr Auclair. . . . . .

Introduction. . . . . .

Leçon I. — La pathologie des affections digestives fonctionnelles. Importance d'une conception médicale rationnelle. 1

Leçon II. — Physiologie du système digestif. Les expériences de Pawlow. Leurs conséquences au point de vue thérapeutique. 23

Leçon III. — Le diagnostic différentiel dans les affections digestives. 39

Leçon IV. — La dilatation d'estomac. Erreurs de diagnostic. La vraie dilatation d'estomac et son traitement. Diagnostic différentiel entre la dilatation vraie et la dilatation fonctionnelle. 59

Leçon V. — L'atonie stomacale et son traitement. 79

Leçon VI. — Les dyspepsies nerveuses. 99

Leçon VII. — Les dyspepsies nerveuses (*suite*). 117

Leçon VIII. — La constipation habituelle. 137

Leçon IX. — L'entérite muco-membraneuse. L'œuvre de Combe, son livre sur le traitement de l'entérite. . . . 155

Leçon X. — L'entérite muco-membraneuse. Son origine nerveuse et son traitement. 171

Leçon XI. — Troubles fonctionnels passagers. Les vomissements nerveux. Un cas de vomissements incoercibles de la grossesse guéri par le Pr Jentzer. Les diarrhées émotives. Les renvois. La flatulence. Les algies. Expérience de Bernheim. 191

Leçon XII. — Puissante influence de la vie psychique sur les fonctions digestives. Efficacité du traitement moral. Comment beaucoup de praticiens en ont usé sans s'en rendre compte. Le Dr Roux de Lausanne et son traitement psychothérapique. Comment il faut considérer la pathologie des affections digestives pour arriver à une thérapeutique efficace. Conclusion. 209

CHARTRES. — IMPRIMERIE DURAND, RUE FULBERT.

COUNTWAY LIBRARY
HC 2BBT $

16.A.1.
Les affections du systeme diges1909
Countway Library BEP8169
3 2044 045 904 711

16.A.1.
Les affections du systeme diges1909
Countway Library BEP8169
3 2044 045 904 711